

ності, патологічне тромбоутворення та формування передчасних інволютивно-дистрофічних процесів у плаценті, що призводить до хронічної гіпоксії плода, ЗВУР. У зв'язку з цим вважаємо доцільним проводити обстеження вагітних групи ризику розвитку плацентарної недостатності на наявність антифосфоліпідних антитіл.

2. Збільшення рівня IgG та IgM АФА та пов'язаних з ними глікопротеїнів β_2 -ГП-1, протромбіну й анексіну V є негативним прогностичним критерієм перебігу вагітності, що може служити діагностичним критерієм розвитку тяжких форм гестозу та внутрішньоутробної гіпоксії й гіпотрофії плода.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Синдром диссемінованого внутрисосудистого свертывания крови в акушерской практике* / А. Д. Макацария, А. Л. Мищенко, В. О. Бичадзе, С. В. Мааров. — М.: Триада-Х, 2002. — 496 с.

2. *Сидельникова В. М.* Привычная потеря беременности. — М.: Триада-Х, 2000. — 304 с.

3. *Система гемостаза и иммуноморфологическое состояние плаценты при наличии в плазме крови антифосфолипидных антител с учетом их класса и исхода беременности* / Н. Г. Кошелева, Л. Б. Зубжицкая, О. Н. Аржанова и др. // Журнал акушерства и женских болезней. — 2004. — № 1. — С. 22-26.

4. *Шаповалова Е. А.* Привычное невынашивание беременности при наличии циркулирующих антифосфолипидных антител (клиника, диагностика, лечение): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 2001. — 25 с.

5. *Диагностика антифосфолипидного синдрома* / Г. И. Назаренко, А. А. Кишкун, В. П. Миколаускас и др. // Лаб. медицина. — 2004. — № 6. — С. 4-14.

6. *Мозговая О. В., Малышева О. В., Иваненко Т. В.* Эндотелиальная дисфункция при гестозе. Патогенез, генетическая склонность, диагностика и профилактика. — СПб.: ООО «Издательство Н-Л», 2003. — 32 с.

7. *Керчелаяева С. Б.* Значение антител к β_2 -ГП1 в развитии тромбоэмболических осложнений во время беременности // Проблемы беременности. — 2004. — № 8. — С. 3-6.

8. *Роговая О. Н.* Клиническое и прогностическое значение антифосфолипидных антител при преэклампсии // Медико-социальные проблемы семьи. — 2000. — № 4, Т. 5. — С. 83-88.

УДК 614.24-002.951.21-053.2

В. М. Буригін

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ЕХІНОКОКОЗУ ЛЕГЕНЬ У ДІТЕЙ

Одеський державний медичний університет

Вступ

Протягом останніх 8 років спостерігається зростання рівня захворюваності на ехінококоз в Одеській області. Щороку реєструється близько 70–80 випадків захворювання на ехінококоз різної локалізації, з них до 25 % — у дітей, в яких ехінококоз має більш тяжкий перебіг внаслідок швидкого росту паразитарних кіст у внутрішніх органах. У дітей більш висока частота розвитку ускладнень, частіше трапляються випадки поєданого і множинного ехінококозу. У 45–77 % випадків у дітей виявляється ехінококоз легень, при якому частота ускладне-

ного перебігу досягає 30 %, частота післяопераційних ускладнень — 21 %, частота рецидивів — 15 % [1; 2]. Для лікування ехінококозу легень запропоновано велику кількість операцій, але при всіх видах оперативного втручання відзначаються ускладнення. Найбільш прийнятна в дитячому віці операція при ураженні легень — це ехінококектомія, що передбачає видалення паразитарної кістки без фіброзної оболонки [3–5]. Висока частота інтра- й післяопераційних ускладнень при хірургічному лікуванні ехінококозу легень у дітей потребує удосконалення методики ехінококектомії.

Метою даної роботи було поліпшення ранньої діагностики ехінококозу легень у дітей, розробка схеми оперативного лікування, що враховувала б локалізацію й розміри ехінококових кіст у легенях, та оцінка її ефективності.

Матеріали та методи дослідження

Протягом 1997–2004 рр. на лікуванні в Обласній дитячій клінічній лікарні Одеси (клінічна база кафедри дитячої хірургії) перебувало 126 дітей з ехінококозом різної локалізації. У 65 (51,6 %) випадках було виявлено ураження легень: 45 випадків ізольованого ехінококозу легень і 20 — по-



єднаного (найчастіше виявлявся ехінококоз легень і печінки). Серед пацієнтів з ураженням легень було 39 (60 %) хлопчиків і 26 (40 %) дівчаток віком від 4 до 18 років. Середній вік — $(12,9 \pm 0,9)$ року.

В усіх випадках ехінококозу легень було проведено оперативне лікування. Усього виконано 72 операції на легенях. У 58 хворих виконано по 1 операції в зв'язку з однобічним ураженням, у 7 — при двобічному ехінококозі легень — по 2 операції з інтервалом між операціями від 3 тиж до 3 міс (у середньому $(1,3 \pm 0,1)$ міс). У 64 (88,9 %) випадках здійснено ехінококектомію легені, у 6 (8,3 %) — перицистектомію, у 2 (2,8 %) — резекцію легені. У 4 пацієнтів одночасно виконані ехінококектомія правої легені та ехінококектомія печінки.

З метою запобігання інтра-й післяопераційних ускладнень в основній групі, що складалася з 37 пацієнтів, у яких було виконано 40 операцій протягом 2001–2004 рр. застосовано диференційований підхід до вибору способу зменшення розмірів залишкової порожнини в легенях залежно від розмірів, локалізації кісти, глибини її залягання в паренхімі легені. Групу порівняння склали 28 пацієнтів, у яких протягом 1997–2000 рр., без застосування диференційованого підходу до вибору операції, проведено 32 оперативних втручання з приводу ехінококозу легень.

Перебіг найближчого післяопераційного періоду оцінювався за такими показниками: час перебування хворих у відділенні реанімації, тривалість застосування знеболювальних засобів, терміни дренажування плевральної порожнини, тривалість гарячки, час перебування в стаціонарі після операції, наявність ускладнень. Віддалені результати оцінювалися з урахуванням скарг у післяопераційному періоді, рентгенологічних змін і

розвитку рецидиву захворювання.

Результати дослідження та їх обговорення

Як і при інших локалізаціях ехінококових кіст, більшість дітей з ехінококозом легень (39 хворих або 60 %) є жителями п'яти найбільш несприятливих з епідеміологічної точки зору районів Одеської області: Болградського, Ізмайльського, Тарутинського, Саратського й Арцизького. Діти з ізольованим ехінококозом легень найчастіше скаржилися на слабкість — 35 (77,8 %), кашель — 30 (66,7 %): 19 (42,2 %) дітей — на сухий кашель, 11 (24,4 %) — на вологий, із них у 10 випадках відзначався кашель з великою кількістю мокротиння та прожилками крові. На біль у грудній клітці скаржилися 23 (51,1 %) дитини, стільки ж — на знижений апетит. Підвищення температури відзначалося у 18 (40 %) випадках. По 5 (11,1 %) дітей скаржилися на задишку, запаморочення, швидку стомлюваність. При поєднаному ехінококозі легень провідними клінічними симптомами були слабкість і знижений апетит — по 13 (65 %) випадків. Кашель відзначався у 9 (45 %) хворих. На біль у правому підребер'ї вказували 10 (50 %) дітей, на підвищення температури — 9 (45 %) дітей, на біль у грудях — 7 (35 %).

Отже, перші скарги при ехінококозі легень (слабкість, знижений апетит, кашель, підвищення температури) мають неспецифічний характер і рідко змушують хворих звернутися по медичну допомогу на ранніх стадіях захворювання, що призводить до високої частоти розвитку ускладнень. На I стадії захворювання (до появи клінічних симптомів) ехінококоз легень був виявлений у 9 (13,8 %) дітей. Найчастіше це відбувалося при плановому флюорографічному дослідженні. У 39 (60 %) випадках

захворювання було виявлено на II стадії (клінічних проявів), на III стадії (розвитку ускладнень) ехінококоз було виявлено у 17 (26,2 %) дітей. 3-поміж ускладнень найчастіше траплявся прорив ехінококової кісти легені в бронхи — 15 (88,2 %) випадків, у 2 (11,8 %) хворих діагностовано нагноєння ехінококової кісти.

Найбільш раціональний засіб виявлення ехінококозу на I стадії хвороби — це проведення скринінгових обстежень дитячого населення в епідеміологічно несприятливих районах. Ефективним, доступним і безпечним методом скринінгу дітей є проведення ультразвукового обстеження органів грудної клітки та черевної порожнини. Ультразвукове дослідження (УЗД) допомагає виявити ехінококові кісти діаметром більше 2 см. Недоліками масового рентгенологічного обстеження дітей є променеве навантаження, витрата великої кількості рентгенологічної плівки та реактивів для її обробки. До недоліків серологічного скринінг-обстеження належать необхідність організації спеціальних умов для взяття, зберігання й транспортування крові, реактивів, а також негативна реакція деяких дітей, особливо молодшого віку, на взяття крові з вени, висока частота хибнонегативних і хибнопозитивних результатів серологічних реакцій [6; 7]. Усіх цих недоліків позбавлене УЗД, під час якого можна проводити обстеження легень і печінки — органів, в яких найчастіше, близько 90–95 % випадків, локалізуються ехінококові кісти. Здійсненню скринінг-обстежень сприяє і те, що діти відвідують школи і дитячі садки, де неважко організувати масове обстеження. У березні 2002 р. протягом одного дня було проведено УЗД органів грудної клітки та черевної порожнини у 120 дітей віком від 3 до 16 років, які проживають у с. Холмське Ар-



цизького району Одеської області. Було виявлено 2 випадки ехінококозу печінки.

Ефективним методом підтвердження діагнозу ехінококозу легень є реакція імуноферментного аналізу, що проводиться з використанням тест-системи «Ехінококоз-IgG-стрип» для виявлення антитіл до антигенів ехінокока однокамерного. Обстежено 24 (53,3 %) дитини. У 22 (91,7 %) обстежених у сироватці крові був виявлений діагностичний титр антитіл до антигенів ехінокока. У 2 (8,3 %) випадках при ізольованому ехінококозі легень реакція імуноферментного аналізу мала негативний результат.

Залежно від розмірів та локалізації ехінококових кіст у легенях запропонований алгоритм виконання ехінококектомії легень. При ехінококових кістах малих (до 5 см) і середніх (більше 5 см — до 10 см) розмірів, що розташовуються в глибині паренхіми легені та виступають з неї менш ніж на $\frac{1}{2}$ об'єму, виконувалася ехінококектомія за Дельбе. За допомогою внутрішніх кисетних швів вдалося домогтися щільного зіткнення стінок залишкової порожнини й уникнути ускладнень, пов'язаних з її існуванням. Якщо ехінококова кіста середніх розмірів виступає з паренхіми легені більш ніж на $\frac{1}{2}$ свого об'єму, то показано занурення фіброзної капсули й фіксація її вільних країв до дна залишкової порожнини (ехінококектомія за Бобровим). При великих ехінококових кістах (понад 10 см), що виступають більш ніж на $\frac{1}{2}$ об'єму з паренхіми легені, виконувалася ехінококектомія за Вишневським, головними перевагами якої є відсутність небезпеки ушкодження судин і бронхів і деформації легені. Якщо залишкова порожнина великої ехінококової кісти розташовувалася всередині паренхіми більш ніж на $\frac{1}{2}$ свого об'єму, то після висічення

вільних ділянок фіброзної капсули і накладання на її краї обвивного шва, операція закінчувалася дренажуванням залишкової порожнини.

Необхідною умовою гладкого перебігу післяопераційного періоду при виконанні ехінококектомії за Вишневським є закриття бронхіальних норниць, тому що їх функціонування при відкритій залишковій порожнині неминуче призводить до розвитку пневмотораксу. З огляду на велику площу фіброзної капсули, що залишається відкритою та сполучається з плевральною порожниною, і можливість відкриття бронхіальних норниць після операції, запропоновано спосіб лікування ехінококозу легень, на який отримано деклараційний патент на винахід № 41765А від 17.09.2001 р. Для запобігання ускладненням перед операцією проводиться бронхоскопія та оклюзія бронха, що несе велику ехінококову кісту, бронхоблокатором. При цьому вдається уникнути формування нових бронхіальних норниць, а також створюються умови для закриття існуючих бронхіальних норниць у післяопераційному періоді. Завдяки блокаді бронха паразитарна рідина не затікає в здорові відділи легень при можливому розриві ехінококової кісти під час операції. За наявності ехінококових кіст малих розмірів (до 5 см), що виступають з паренхіми легені не менш ніж на $\frac{1}{2}$ свого об'єму, виконували перицистектомію і видалили кісту з усіма оболонками без її розкриття.

Порівняння найближчих післяопераційних результатів (таблиця) показало, що застосування диференційованого підходу до вибору способу оперативного лікування дозволило скоротити в основній групі час перебування хворих у відділенні реанімації після операції ($P < 0,05$), тривалість застосування знеболювальних засобів, терміни дренажуван-

ня плевральної порожнини ($P < 0,05$) і час перебування пацієнтів у стаціонарі ($P < 0,05$). Головною причиною поліпшення показників перебігу післяопераційного періоду в основній групі було скорочення кількості післяопераційних ускладнень до 1 (2,5 %) випадку пневмонії, тимчасом як у контрольній групі зафіксовано 6 (18,8 %) ускладнень: 2 випадки пневмонії та 4 випадки пневмотораксу. І якщо розвиток післяопераційної пневмонії можна пояснити не стільки впливом методики операційного втручання, скільки наявністю ускладненого перебігу захворювання чи інтраопераційних ускладнень, то розвиток пневмотораксу після операції пов'язаний зі способом ліквідації залишкової порожнини. Основна причина розвитку пневмотораксу — це функціонуюча бронхіальна норниця, що відкривається в залишкову порожнину ехінококової кісти, яка сполучається з плевральною порожниною. Отже, ліквідація залишкової порожнини при малих і середніх ехінококових кістах і використання передопераційної бронхооклюзії при великих кістах дозволяють запобігти розвитку пневмотораксу після операції, що було досягнуто в основній групі.

Після хірургічного лікування зі стаціонару виписані усі 65 дітей. Протягом перших 2 років після операції віддалені результати хірургічного лікування ехінококозу легень простежені в 51 (78,5 %) випадку. В жодної дитини не відзначалися ознаки рецидиву ехінококозу легень. Через 6 міс після операції 8 (15,6 %) дітей скаржилися на періодичний біль у ділянці післяопераційної рани та кашель. Через 1 рік після операції скарги відзначалися в 3 (5,9 %) випадках, через 2 роки — скарг, зумовлених оперативним втручанням, ніхто не висловлював. Троє дітей протягом 2 років після операції



Показники перебігу післяопераційного періоду в основній та контрольній групах, M±m

Показник, доба	Група		Усього
	Основна, n=40	Контрольна, n=32	
Перебування у реанімації	2,54±0,22*	3,87±0,23	3,13±0,17
Застосування знеболювальних засобів	3,17±0,19	3,41±0,22	3,20±0,21
Гарячка	3,91±0,33	4,52±0,29	4,11±0,27
Дренування плевральної порожнини	4,50±0,26*	7,33±0,32	5,77±0,27
Післяопераційний період	11,12±0,29*	15,21±0,45	13,82±0,29

Примітка. * — Статистично вірогідна різниця порівняно з контрольною групою (P<0,05).

хворіли на пневмонію (у тому числі одна дитина, в якій перебіг післяопераційного періоду ускладнився пневмотораксом).

У 22 (43,1 %) випадках перебіг післяопераційного періоду оцінювався також за результатами імуноферментного дослідження: порівнювали отримані дані з результатами обстеження перед операцією. У 17 хворих через 6 міс після оперативного лікування відзначено зниження рівня антитіл, а у 5 титр антитіл до антигенів ехінокока зберігся на попередньому рівні. У цих випадках було проведено повторне визначення рівня антитіл через 1 рік після оперативного лікування. У 2 дітей антитіла не були виявлені, у 2 — відзначено зниження рівня антитіл, ще в 1 випадку він зберігався на попередньому рівні. Незважаючи на наявність антитіл, проведено рентгенологічне та ультразвукове обстеження не виявило ознак рецидиву ехінококозу. Отже, протягом тривалого часу після успішного оперативного лікування в крові можуть зберігатися антитіла до антигенів ехінокока, що, однак, не свідчить про рецидив захворювання.

Висновки

1. Перші симптоми ехінококозу легень мають неспецифічний характер, що призво-

дить до пізньої діагностики захворювання (у 26,2 % випадків — на стадії розвитку ускладнень). Рання діагностика ехінококозу легень можлива при проведенні ультразвукових скринінг-досліджень в епідеміологічно небезпечних районах.

2. Ехінококектомія — це високоефективний метод хірургічного лікування ехінококозу легень у дітей, який характеризується відсутністю рецидивів і низьким рівнем післяопераційних ускладнень за умови вибору способу ехінококектомії відповідно до розмірів і локалізації кіст у легенях.

ЛІТЕРАТУРА

1. Алиев М. М., Аллберганов А. Т., Икрамов А. И. Сочетанный эхинококк легкого и печени у детей // Дет. хирургия. — 2000. — № 6. — С. 18-22.

2. Muhharem C., Canan S., Murat K. Surgical treatment of pulmonary hydatid disease in children: report of 122 cases // Journal of Pediatric Surgery. — 2000. — Vol. 35, N 12. — P. 1710-1713.

3. Пулатов А. Т., Петлах В. И., Карасева О. В. Об эхинококкозе верхней доли легкого у детей // Дет. хирургия. — 2001. — № 3. — С. 8-12.

4. Ayten Kayi C., Ekber S., Serkan E. Surgical treatment of pulmonary hydatid cysts in children // Journal of Pediatric Surgery. — 2001. — Vol. 36, N 6. — P. 917-920.

5. Topcu S., Kurul I., Tastepe I. Surgical treatment of pulmonary hydatid cysts in children // Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. — 2000. — Vol. 120, N 12. — P. 1097-1101.

6. Назыров Ф. Г., Акилов Х. А., Исламбеков Э. С. Диагностика и хирургическое лечение двустороннего эхинококкоза легких // Хирургия. — 2002. — № 5. — С. 16-20.

7. McManus D., Zhang J., Bartley P. Echinococcosis // Lancet. — 2003. — Vol. 362, N 10. — P. 1295-1304.

УДК 616.071+616-36+616.052

А. Д. Захараш

ІМУНОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ У ХВОРИХ НА ХОЛЕСТАТИЧНУ ФОРМУ ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ

Івано-Франківський державний медичний університет

У сучасній клінічній імунології імунодіагностика є одним із найважливіших розділів. Особливість імунної системи

полягає в її надзвичайно великій динамічності. У ній постійно перебігають процеси розмноження, дозрівання, пере-

міщення, кооперації та апоптозу лімфоцитів, а також відбувається експресія тих чи інших поверхневих молекул і

