

Антибактериальную терапию применяют только при обострениях хронического тонзиллита. Неправильный выбор антибиотиков и сроков лечения приводят к сохранению возбудителей в очаге воспаления и появлению резистентной флоры.

Отечественные препараты Амосин® (амоксциллин) и Азитрус® (азитромицин) находят широкое применение в терапии хронического тонзиллита благодаря достаточно высоким результатам лечения. В связи с более низкой стоимостью этих препаратов цена курса лечения ниже по сравнению с таковой импортных аналогов. Новая форма выпуска препаратов — однодозовые пакетики типа саше — упрощает процесс приготовления суспензии, значительно расширяет возможности использования препаратов у детей и препараты в такой форме можно назначать пациентам, испытывающим трудности при глотании таблеток и капсул.

Однозначных рецептов лечения больных хроническим тонзиллитом нет. Однако следует признать, что эта очаговая инфекция на фоне снижения иммунитета (в результате сахарного диабета, травмы, стресса, хирургического вмешательства иных локализаций и др.) в любой момент может вызвать у больного крайне тяжелое состояние. Это повышает ответственность врача при оценке эффективности консервативного лечения и расширяет показания к хирургическому лечению.

Литература

1. Белов Б.С. А-стрептококковый тонзиллит: клиническое значение, вопросы антибактериальной терапии // Лечащий врач. — 2002; 1–2: 24–28.
2. Быкова В.П. Отчет о работе международного симпозиума по проблеме «Миндалины и аденоиды» // Вестн. оториноларингологии. — 2001; 1: 62–63.
3. Вельтищев Ю.Е., Длин В.В. Развитие иммунной системы. Иммунная недостаточность у детей // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. Лекции — прил. к журн. — 2007. — 78 с.
4. Геппе Н.А., Дронов И.А., Малявина У.С. Рациональный подход к назначению и выбору антибактериальной терапии при инфекциях дыхательных путей и ЛОР-органов у детей // Доктор.ру. — 2008; 1: 53–56.
5. Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения в 2000 году (Статистические материалы) // Здравоохранение Российской Федерации. — 2002; 1: 44.
6. Крюков А.И., Лучшева Ю.В., Баландин А.В. и др. Рациональная антибиотикотерапия при ангине и хроническом тонзиллите // Consilium medicum. — 2005; 4: 297–300.
7. Строчунский Л.С., Белоусов Ю.Б., Козлов С.Н. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии. — М., 2002. страницы
8. Плужников М.С. и др. Хронический тонзиллит. Клиника и иммунологические аспекты. — СПб.: Диалог, 2005. — С. 206.
9. Brandtzaeg P., Johansen F. Mucosal B cells: phenotypic characteristics, transcriptional regulation, and homing properties // Immunol. Rev. — 2005; 206 (8): 32–63.

SPECIFIC FEATURES OF THE DEVELOPMENT AND TREATMENT OF CHRONIC TONSILLITIS IN CHILDREN

V. Belov, Candidate of Medical Sciences

Moscow Research Institute of Pediatrics and Pediatric Surgery, Ministry of Health and Social Development of Russia

The paper discusses the clinical, microbiological, and immunological features of chronic tonsillitis in children and gives various approaches to its treatment. Special attention is paid to the rational use of antibacterial drugs in children with chronic tonsillitis. The author describes novel dosage forms of the Russian drugs Amosin® (amoxicillin) and Azitrus® (azithromycin) as single-dose sachets for preparation of suspension.

Key words: children, chronic tonsillitis, immunology, microflora, amoxicillin, Amosin®, azithromycin, Azitrus®.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Ж. Шамсиев¹, кандидат медицинских наук,

В. Петлах², доктор медицинских наук

¹Самаркандский медицинский институт, ²Московский НИИ педиатрии и детской хирургии Минздрава России

E-mail: vladimirip@front.ru

Эхинококкоз становится повседневной реальностью деятельности хирургических отделений не только в эндемичных по этой патологии районах, но и в Центральной России. Рассмотрены вопросы диагностики и выбора методов хирургического лечения эхинококковых кист печени у детей.

Ключевые слова: эхинококкоз, эхинококковые кисты печени, дети, хирургическое лечение.

Эхинококкоз — тяжелое, широко распространенное паразитарное заболевание человека, вызываемое *Echinococcus granulosus*, — остается серьезной медицинской проблемой во многих странах мира в связи с большим числом больных и существованием эндемичных районов. Так, в 2009 г. в 59 субъектах Российской Федерации зарегистрировано 540 больных эхинококкозом, из которых 17% — дети [9]. В Республике Узбекистан уровень заболеваемости эхинококкозом по обращаемости в хирургические стационары колеблется от 4 до 9 на 1000 населения, проводится более 1,5 тыс. операций в год [1]. Дети — одна из эпидемиологически напряженных по эхинококкозу категорий населения [6, 10]. Наиболее часто (в 53–65% случаев) при эхинококкозе у детей поражается печень, на 2-м месте — легкие (19–38%), сочетанный эхинококкоз встречается у 9,8–14,8% детей [11, 12].

ДИАГНОСТИКА ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ

При неосложненных формах эхинококковых кист печени (ЭКП) жалобы и клинические проявления неочетливы. Больные жалуются в основном на тупую боль и тяжесть в правом подреберье, отмечают «беспричинную» субфебрильную температуру; при больших кистах появляется деформация передней брюшной стенки в области правого подреберья.

При постановке диагноза эхинококкоза исходят из данных эпидемиологического анамнеза, клинической картины, результатов инструментальных исследований, серологических реакций. Течение эхинококкоза в детском возрасте характеризуется манифестирующей клиникой с преобладанием симптомов общей интоксикации. Выявляют дефицит массы тела, гипохромную анемию, эозинофилию, повышенную СОЭ, снижение альбумин-глобулинового коэффициента [14, 15].

Один из наиболее эффективных методов диагностики ЭКП у детей — ультразвуковое исследование (УЗИ). Неосложненная эхинококковая киста представляет собой сферическое образование правильной формы с гладкими стенками и жидким

содержимым (рис. 1, а). Могут выявляться дочерние кисты в виде септ, округлых образований внутри кист, локализованных участков стенки кисты или компактных эконегативных участков. При осложненном эхинококкозе наблюдаются изменение эхосигналов, их нерегулярность; угасание части из них свидетельствует о некротических изменениях содержимого кисты. Контуры кисты теряют четкие очертания. При толстостенных и кальцифицированных кистах регистрируются сильные эхосигналы от передней стенки кисты, за которой выявляется как бы ультразвуковая дорожка [5]. При обследовании взрослых больных чаще применяют компьютерную томографию.

Серологическая диагностика *E. granulosus* основана на выявлении антител в сыворотке крови, являющихся специфическими маркерами паразитарного заражения. В практической работе применяют реакцию непрямо́й гемагглютинации и иммуноферментный анализ (ИФА), которые позволяют выявлять до 90–95% инвазированных; совпадение результатов 2 реакций наблюдается в 90% случаев.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭКП

Наиболее распространенный метод лечения больных эхинококкозом – хирургическое вмешательство. Пузырь удаляют вместе с оболочками, стараясь не допустить вторичного обсеменения его содержимым операционной раны и брюшной полости.

Традиционно используют 3 основных метода хирургического лечения эхинококкоза:

- удаление элементов эхинококковой кисты без фиброзной оболочки (эхинококкэктомия);
- удаление паразита вместе с фиброзной оболочкой (перикистэктомия);
- удаление эхинококковой кисты путем резекции органа.

Соответственно внутри каждого из методов выделяют:

- идеальную эхинококкэктомия – удаление пузыря без вскрытия хитиновой оболочки;
- закрытую эхинококкэктомия – после удаления элементов паразита производят ушивание полости фиброзной капсулы без дренажа;
- полузакрытую эхинококкэктомия – дренаж оставляют в остаточной полости после ее капитонажа;
- оментопластику – тампонируют полость фиброзной капсулы прядью большого сальника;
- открытую эхинококкэктомия (марсупиализацию) – подшивают края полости фиброзной капсулы к ране передней брюшной стенки с тампонирующей полостью кисты мазевыми тампонами и(или) толстой дренажной трубкой.

В 3 последних десятилетия отношение хирургов к методам операции при эхинококкозе печени значительно изменилось [13]. В 1960–1970 гг. была наиболее распространена открытая эхинококкэктомия с марсупиализацией или наружным дренированием остаточной полости, что часто приводило к образованию нагноившихся остаточных полостей с длительным функционированием гнойных и желчных свищей. Сегодня операцией выбора при эхинококкозе печени является закрытая или полузакрытая эхинококкэктомия с полной ликвидацией остаточной полости; нередко выполняют операции с полным удалением всех элементов паразитарной кисты: идеальную эхинококкэктомия, перикистэктомия, резекцию печени [2].

Частота осложнений после закрытой эхинококкэктомии меньше, чем после полузакрытой. Однако применение закрытой эхинококкэктомии ограничивается в основном неосложненными формами при относительно небольших размерах кист и отсутствии сообщения полости кисты с желчными ходами либо операция должна быть дополнена оментопластикой остаточной полости. В остальных случаях предпочтительна полузакрытая эхинококкэктомия [13].

Оперативное лечение детей с ЭКП сопряжено с определенными сложностями, зависящими от возраста и общего состояния больного, локализации, объема и характера патологических изменений в паразитарной кисте [3, 14]. Чем меньше ребенок, тем чаще наблюдается множественное и сочетанное поражение органов эхинококкозом [11], тем выраженнее интоксикация организма и, следовательно, выше риск оперативного вмешательства [4]. Эхинококкоз печени у детей имеет тенденцию к быстрому развитию, кисты могут достигать больших (500–1500 мл) размеров и перфорировать,

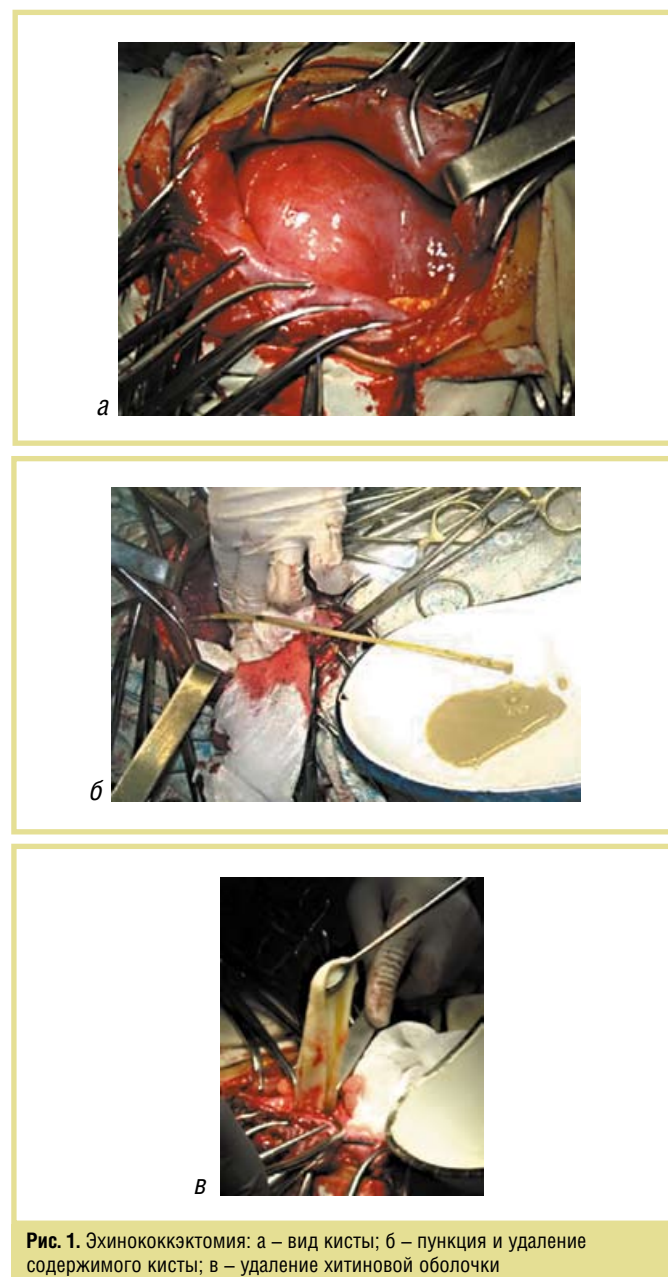


Рис. 1. Эхинококкэктомия: а – вид кисты; б – пункция и удаление содержимого кисты; в – удаление хитиновой оболочки

как правило, еще до образования спаек между паразитарной кистой и окружающими органами. Склонность к ранней перфорации паразитарных кист обусловлена чрезвычайно тонкой хитиновой оболочкой.

Основной принцип эхинококкэктомии у детей — минимальная травматизация пораженного органа. Оперативные доступы к печени у детей имеют ряд особенностей по сравнению с таковыми у взрослых. Это связано с эластичностью грудной клетки, относительно большей длиной и растяжимостью связочного аппарата печени, развернутостью эпигастрального угла. Верхнесрединный доступ у детей обеспечивает хороший подход к портальным воротам и передним отделам левой доли печени. Практически равнозначны возможности косоперечных разрезов Федорова и Кохера [3, 15].

Большинство хирургов при удалении эхинококковой кисты прибегают к предварительному ее опорожнению. После вскрытия фиброзной оболочки хитиновую оболочку паразита пунктируют иглой и содержимое отсасывается шприцем или отсосом (см. рис. 1, а, б). После удаления хитиновой оболочки (см. рис. 1, в) стенки фиброзной капсулы подлежат антипаразитарной обработке. Для обработки полости органа после эхинококкэктомии рекомендованы 2% раствор формалина, коллоидный йод, 1–5% настойка йода, гипертонический солевой раствор, 70% спирт, вазелиновое масло, 3% раствор перекиси водорода, концентрированный раствор глицерина.



Рис. 2. Эхографическая картина ЭКП и наведение пункционной иглы

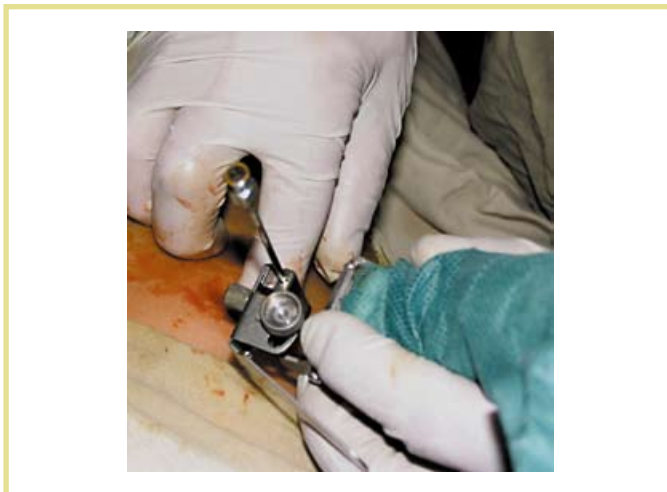


Рис. 3. Чрескожная чреспеченочная пункция

Известно, что зародышевые элементы эхинококка даже после двухчасовой обработки в 3–5% растворе формалина сохраняют жизнеспособность. Неудовлетворенность результатами интраоперационного использования гермицидных препаратов заставляет искать новые способы обработки остаточной полости кисты. В частности, имеются указания о применении термических и физических способов обработки остаточной полости фиброзной капсулы. К примеру, при воздействии температуры 60–70°C зародышевые элементы эхинококка погибают в течение 3–5 мин [6], что позволяет нам рекомендовать для обеззараживания элементов паразита введение в полость паразитарной кисты подогретый до 70°C 80% раствор глицерина.

МИНИ-ИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

В последние годы широкое распространение, помимо традиционных вмешательств, получили лапароскопические и чрескожные.

Лапароскопические методы применимы преимущественно при экстрапаренхиматозной локализации кисты [7, 8]. Использование различных насадок, вакуум-присосок на лапароскопический инструмент не позволяет добиться полной герметичности при аспирации гидатидной жидкости. Поэтому при живом паразите операцию следует разделить на 2 этапа: 1-й этап — чрескожная пункция и противопаразитарная обработка кисты, 2-й — лапароскопическая эхинококкэктомия.

Чрескожные вмешательства, обозначаемые в англоязычной литературе как PAIR (Puncture Aspiration Injection Reaspiration), находят все большее распространение в клинической практике [2, 8, 16]. Пункцию эхинококковой кисты под эхографическим контролем выполняют под общим обезболиванием. Одним из наиболее ответственных моментов, во многом определяющих эффективность операции и исход лечения, является выбор точки пункции и соответственно — введения дренажных устройств (рис. 2, 3).

Основные критерии выбора:

- анатомическая дозволенность (отсутствие в зоне траектории движения иглы крупных кровеносных или лимфатических сосудов, нервных стволов, полых органов, воздухоносных полостей и т.д.);
- протяженность раневого канала (расстояние между точкой введения иглы и патологическим очагом);
- условия дренирования (отток содержимого из патологического очага в зависимости от вынужденного положения тела больного);
- возможность инфицирования смежных анатомических полостей или областей тела больного при прохождении через них иглы и дренажа.

Обязательно следует провести дренирующий инструмент через паренхиму печени для исключения истечения гидатидной жидкости вдоль пункционного канала. Содержимое кисты аспирируют в полость и вводят концентрированный водный раствор глицерина с экспозицией 7–10 мин.

Чрескожному чреспеченочному дренированию подлежат ЭКП: размером от 50 до 120 мм в диаметре; с отслойкой хитиновой оболочки; погибшие; при нагноении.

Чрескожное чреспеченочное дренирование противопоказано при кальцинозе капсулы паразита; наличии дочерних кист в полости материнской кисты; экстрапаренхиматозном расположении ЭКП.

После пункции проводят аспирацию содержимого кисты и вводят в ее полость концентрированный водный раствор глицерина с экспозицией 7–10 мин, который затем полностью аспирируют, осуществляя интраоперационную микроскопию эвакуированной жидкости для верификации гибели сколексов. После микроскопического подтверждения гибели всех зародышевых элементов эхинококка устанавливают дренаж, через который удаляют хитиновую оболочку кисты и который оставляют для последующего закрытия остаточной полости.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ И НАБЛЮДЕНИЕ

Применение эффективных гермицидов, соблюдение правил асептики при операции, использование совершенного инструментария полностью не исключают возможности рецидива заболевания. Поэтому большое влияние на результаты лечения оказывает послеоперационная противогельминтная терапия. Она необходима и для воздействия на отсевы эхинококка малых размеров, еще не доступные современным методам диагностики. Наиболее эффективный и общепринятый препарат, воздействующий на гидатидозный эхинококк, — албендазол (андазол, эсказол, немозол, зентель). В послеоперационном периоде обязательна противорецидивная химиотерапия албендазолом.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭКП

С 1998 по 2010 г. в Самаркандском филиале детской хирургии Республиканского специализированного научно-практического медицинского Центра педиатрии находилось на лечении 310 больных с ЭКП, большинство которых (77,2%) составили дети школьного возраста (8–16 лет). В сельской местности проживали 71,3% пациентов.

Проведен сравнительный анализ результатов лечения больных с ЭКП в 2 группах. В 1-ю группу вошли 113 больных, оперированных по традиционным методикам в 1998–2001 гг. 2-ю (2002–2010) составили 197 больных, у которых использовали преимущественно закрытые методы эхинококкэктомии и герметизирующую обработку остаточной полости горячим 80% раствором глицерина. Результатом применения разработанных в клинике методов стало снижение частоты послеоперационных осложнений с 16,6 до 4,0% и рецидивов с 15,04 до 3,5%.

В хирургической клинике Московского НИИ педиатрии и детской хирургии с 1998 по 2010 г. на обследовании и лечении находилось 30 детей с ЭКП. Из них 11 выполнены чрескожное чреспеченочное дренирование и противопаразитарная обработка кист под контролем УЗИ. Чрескожная чреспеченочная пункция с противопаразитарной обработкой была применена в 14 случаях. Лапароскопическое вмешательство провели 4 пациентам по общеизвестным принципам, отличительной особенностью вмешательства было использование 10-миллиметрового троакара для извлечения хитиновой оболочки. Послеоперационный период у всех больных протекал гладко. Дренажи были удалены на 5-е сутки после операции. У 1 больного отмечено желчеистечение, которое самопроизвольно прекратилось через 14 дней. Один больной был оперирован с использованием мини-доступа. Послеоперационный период протекал без осложнений. Все пациенты начинали ходить на 2-е сутки после

операции при хорошем субъективном самочувствии. Наблюдение в сроки от 2 до 5 лет рецидивов не выявило.

Таким образом, дети с эхинококкозом печени должны поступать в специализированные отделения, сотрудники которых имеют опыт лечения данной патологии. Выбор метода хирургического лечения определяется характером и локализацией поражения печени. При наличии соответствующего инструментального оборудования и обученного персонала перспективно применение мини-инвазивных хирургических пособий.

Литература

1. Абдиев Т.А., Вахабов Т.А., Журавлева Н.А. и др. Прогноз изменения ситуации по эхинококкозу среди населения в Узбекистане // Мед. паразитология. – 2000; 1: 53–54.
2. Ветшев П.С., Мусаев Г.Х. Эхинококкоз: современный взгляд на состояние проблемы // Анналы хирургической гепатологии. – 2006; 11 (1): 111–117.
3. Горемыкин И.В., Филиппов Ю.В. Выбор оперативного доступа при эхинококкозе печени у детей // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2007; 2: 58–62.
4. Гумеров А.А., Ткаченко Т.Н., Шангареева Р.Х. Комплексное лечение эхинококкоза у детей // Хирургия. – 2010; 1: 25–29.
5. Дворяковский И.В., Беляева О.А. Ультразвуковая диагностика в детской хирургии. – М.: Профит, 1997. – 248 с.
6. Котлобовский В.И., Досмагамбетов С.П., Дженалаев Б.К. и др. Результаты хирургического лечения эхинококкоза печени у детей // Детская хирургия. – 2003; 5: 17–20.
7. Лотов А.Н., Бруслик С.В., Дадвани С.А. и др. Малоинвазивные технологии в абдоминальной хирургии // Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. – М.: ВИДАР, 1997. – С. 139–141.
8. Мамлеев И.А., Гумеров А.А., Макушкин В.В. и др. Видеолaparоскопическое лечение эхинококкоза печени у детей // Детская хирургия. – 2008; 6: 32–36.
9. Паразитарные заболевания // О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации в 2009 г.: Государственный доклад. – М.: Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2010. – С. 346–347.
10. Поляков В.Е., Лысенко А.Я., Авдюхина Т.И. и др. Эхинококкоз однокамерный у детей и подростков // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2004; 3: 55–59.
11. Пулатов А.Т. Эхинококкоз в детском возрасте. – М.: Медицина, 2004. – 221 с.
12. Шангареева Р.Х., Гумеров А.А., Ишимов Ш.С. и др. Диагностика и хирургическое лечение эхинококкоза печени у детей // Вестник хирургии. – 2007; 166 (1): 44–50.
13. Шевченко Ю.Л., Харнас С.С., Самохвалов А.В. и др. Эволюция методов хирургического лечения эхинококкоза печени // Хирургия. – 2004; 7: 49–53.
14. Celebi F., Salman A., Erdogan F. et al. Hydatid disease of the liver in children: evaluation of surgical treatment // J. Int. Med. Res. – 2002; 30 (1): 66–70.
15. Djuricic S., Grebeldinger S., Kafka D. et al. Cystic echinococcosis in children – the seventeen-year experience of two large medical centers in Serbia // Parasitol Int. – 2010; 59 (2): 257–261.
16. Goktay A., Secil M., Gulcu A. et al. Percutaneous treatment of hydatid liver cysts in children as a primary treatment: long-term results // J. Vasc. Interv. Radiol. – 2005; 16 (6): 831–839.

SURGICAL TREATMENT FOR HYDATID CYSTS OF THE LIVER IN CHILDREN

Zh. Shamsiyev¹, Candidate of Medical Sciences; V. Petlak², MD

¹Samarkand Medical Institute; ²Moscow Research Institute of Pediatrics and Pediatric Surgery, Ministry of Health and Social Development of Russia

Echinococcosis becomes a day-to-day reality of the activities of surgical units not only in the disease-endemic areas, but also in the central ones of Russia. It considers the diagnosis of hydatid cysts of the liver and the choice of surgical procedures for this disease in children.

Key words: echinococcosis, hydatid cysts of the liver, children, surgical treatment.