

Литература

1. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Медицинские и социальные аспекты адаптации современных подростков к условиям воспитания, обучения и трудовой деятельности. Руководство для врачей / М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2007; 352 с.
2. Голева О.П. О применении некоторых современных методов статистического анализа результатов научных медицинских исследований / Омск. – 2001; 82 с.
3. Денисов В.Н., Бабенко А.И., Лузан Н.В. Медико-профилактическая помощь несовершеннолетним с инфекциями, передаваемыми половым путем / Новосибирск. – 2001; с. 244.
4. Долженко И.С. Репродуктивное здоровье девочек до 18 лет (состояние, оценка, система мер по его сохранению) / Автореф. дис.... д-ра мед. наук. – М, 2004; 45 с.
5. Журавлева И.В. Репродуктивное здоровье подростков и проблемы полового просвещения // Соц. исслед. – 2004; 7: 133–42.
6. Закоркина Н.А., Банюшев И.А. Причины аборт у подростков, проживающих в сельской местности // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009; 4: 20–2.
7. Захарова Т.Г., Филиппов О.С., Гончарова Г.Н. Медико-социальная характеристика реализации репродуктивной функции девушек-подростков // Здравоохранение Российской Федерации. – 2002; 5: 30–1.
8. Медик В.А., Токмачев М.С. Руководство по статистике здоровья и здравоохранения / М.: Медицина. – 2006; 528 с.
9. Огрызко Е.В. Анализ заболеваемости детей Российской Федерации в возрасте 15–17 лет // Здравоохранение Российской Федерации. – 2008; 4: 16–9.
10. Уварова Е.В. Репродуктивное здоровье девочек России в начале XXI века // Акушерство и гинекол. – 2006; с. 27–30.

IMPACT OF SEX EDUCATION OF ADOLESCENT FEMALES ON THEIR REPRODUCTIVE HEALTH

Professor **N. Zakorkina**, MD; **I. Banyushevich**, Candidate of Medical Sciences
Omsk State Pedagogical University;
Omsk State Medical University

The paper gives the results of studying the reproductive health of adolescent females aged 15–17 years living in the rural area. It identifies the leading risk factors of reproductive losses and evaluates the impact of sex education of schoolchildren on their reproductive health.

Key words: sex education, reproductive behavior, levels of reproductive losses.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ: ВОЗМОЖНОСТЬ БЛАГОПРИЯТНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Р. Шангареева¹, кандидат медицинских наук,

Э. Сатаева², **Т. Шахмаева**²

¹Башкирский государственный медицинский университет,

²Республиканская детская клиническая больница, Уфа

E-mail: shanrosa@mail.ru

Представлены принципы ранней диагностики и консервативной терапии у 17 детей с эхинококкозом печени. Экономические затраты на консервативное лечение меньше в 1,7 раза, чем при эндовидеохирургическом и в 2,3 раза – чем при традиционном хирургическом вмешательстве.

Ключевые слова: дети, эхинококкоз, печень, албендазол.

Снижение паразитарной заболеваемости, прежде всего среди детей, служит существенным резервом уменьшения бремени болезней и увеличения продолжительности жизни [1].

Эхинококкоз – одно из наиболее тяжелых паразитарных заболеваний, вопросы его своевременной диагностики и выбора оптимального метода лечения остаются актуальными в связи с большим числом больных и существованием эндемических очагов, к которым относится Республика Башкортостан [2]. Есть мнение, что большинство больных заражаются эхинококкозом в детстве, но вследствие медленного роста паразита диагноз устанавливают спустя много лет [3]. Основным методом лечения эхинококкоза остается хирургический [4–6]. Многие авторы радикальным методом лечения эхинококкоза считают тотальное удаление фиброзной капсулы путем перицистэктомии или резекции органа [5, 7]. Если кисты слишком малого размера и имеется высокий операционный риск, хирургами проводится динамическое наблюдение [2], хотя доказана эффективность консервативного лечения албендазолом, которое по рекомендации ВОЗ может применяться как самостоятельный метод [7–10].

Сдерживающим проведение консервативного лечения фактором является опасение токсического влияния препарата на организм [11]. По данным литературы, в 10–20% наблюдений препарат угнетает белые и красные кровяные тельца и оказывает выраженное гепатотоксическое воздействие, проявляющееся резким повышением уровня трансаминаз [8, 12]. В то же время многие авторы признают необходимость послеоперационной противопаразитарной химиотерапии, особенно при осложненных формах [7, 13]. Исследований по изучению методов консервативного лечения эхинококкоза у детей недостаточно [14].

Целью данной работы был анализ результатов консервативного лечения эхинококкоза у детей.

В клинике детской хирургии Башкирского государственного медицинского университета на стационарном

лечении находились 290 детей с эхинококкозом печени (ЭП) в возрасте от 2 до 15 лет. Изолированное поражение печени выявлено у 232 (80%) больных, из них сочетанное с поражениями легких – у 41 (14,1%), других органов – у 17 (5,9%). Осложненный ЭП наблюдался у 47 (16,2%) детей: в 34 случаях – нагноение, в 13 – прорыв эхинококковой кисты (ЭК) в брюшную полость. У 161 (55,5%) пациентов выявлены одиночные эхинококковые кисты малых и средних ($50,5 \pm 4,5$ мм) размеров, у 56 (19,3%) – большие и гигантские ($140,8 \pm 40,7$ мм); множественные ЭК наблюдались у 73 (25,2%) детей.

Диагноз устанавливали на основании клинико-лабораторных данных и результатов УЗИ. В связи с тем что у детей нередко встречается сочетанное поражение нескольких органов, проводили всестороннее обследование больных: рентгенографию органов грудной клетки, эхокардиографию, при наличии неврологического статуса – компьютерную томографию (КТ) головного мозга. КТ проводилась также при множественном поражении органа.

Фазу жизнедеятельности ЭК при УЗИ определяли в соответствии с классификацией М. Гилевича и соавт. [15].

КТ проводили в основном при множественном поражении печени, а также для определения показаний к одномоментной операции при сочетании ЭК, расположенных по диафрагмальной поверхности печени, с кистами нижней доли правого легкого.

При выборе тактики лечения учитывали размеры паразитарных кист и стадию заболевания. При ЭК малых размеров проводили консервативное лечение. Видеолaparоскопической эхинококкэктомии печени (ВЛЭП) отдавали приоритет при единичных ЭК малых и средних размеров (до 100 мм), расположенных поверхностно. Доля эндоскопических операций составила 40,5% всех вмешательств. При ЭК больших и гигантских размеров, множественном поражении органа и локализации паразитарной кисты в глубине паренхимы проводили традиционную эхинококкэктомию с ликвидацией остаточной полости.

Противопаразитарная химиотерапия в комплексном лечении эхинококкоза в клинике применяется с 2004 г. Нами проведен сравнительный анализ результатов консервативного и хирургического лечения эхинококкоза в 2 группах: 1-ю составили 17 детей, которым проводилась консервативная терапия; 2-ю (ретроспективная группа сравнения) – 9 детей, за которыми до внедрения консервативного метода лечения при ЭК малых размеров проводили динамическое наблюдение и после достижения кистами 40 мм и более выполняли хирургическое вмешательство. Результаты консервативного лечения оценивали по данным УЗИ в соответствии с критериями ВОЗ: успешное лечение (исчезновение или значительное уменьшение размеров кист); благоприятный эффект (заметное уменьшение размера кист или исчезновение некоторых кист при множественном поражении); безуспешное лечение (отсутствие видимых изменений размеров, формы и структуры кисты). Статистическая обработка результатов исследования проведена на IBM PC Pentium 166 MMX с использованием специализированного пакета Statistica. В каждой группе определяли средние значения параметров, достоверность различия между группами оценивали по критерию Манна–Уитни.

Наиболее распространены классификации клинических стадий заболевания А. Мельникова (1935) и А. Пулатова (1983), выделяющие 3 стадии. В то же время классификация А. Пулатова [16] полнее других представляет клиническую

картину эхинококкоза у детей. В ней I стадия характеризуется не отсутствием симптомов, а наличием неярко выраженных признаков хронической интоксикации организма.

У 57 (19,7%) обследованных нами детей наблюдалась I стадия ЭП. При этом в клинической картине отсутствовали локальные признаки, но имелись симптомы умеренно выраженного токсикоза (слабость, быстрая утомляемость, отсутствие аппетита). ЭП в ранней стадии выявлен у 27 детей в ходе обследования по поводу перечисленных жалоб, у 21 ребенка – в результате профилактического осмотра с выполнением УЗИ, у 9 – в связи с обследованием после выявления у одного из членов семьи эхинококкоза. Нарушений лабораторных показателей функции печени у пациентов с I стадией заболевания не выявлено.

В разгар заболевания (II стадия) в клинику поступили 186 (64,1%) больных. Этот период характеризовался признаками хронического токсикоза и различными местными симптомами. Дети отставали в физическом развитии, жаловались на возникающие временами боли в животе, особенно при физической нагрузке. У 32 пациентов периодически отмечалась субфебрильная температура, у 104 – гепатомегалия. Локальная симптоматика была более выражена при кистах больших и гигантских размеров. При объективном осмотре наблюдались деформация переднебоковой части грудной клетки, расширение нижней торакальной апертуры и межреберных промежутков. У 68 больных паразитарная киста пальпировалась как опухолевидное образование тугоэластической консистенции. Гипохромная анемия наблюдалась у 106, лейкоцитоз – у 29, эозинофилия – у 62 пациентов. При изучении белковосинтезирующей функции печени у 10 (5,4%) детей выявлена гипопропротеинемия, у 47 (25,3%) – диспротеинемия за счет увеличения содержания глобулинов. Повышение уровня общего билирубина до $41,5 \pm 1,4$ мкмоль/л отмечено у 23 пациентов: за счет прямой фракции – у 6, непрямой – у 17. Уровень ферментов был повышен у 39 больных.

У 47 (16,2%) пациентов выявлена III стадия заболевания (стадия осложнений). Перфорацию ЭК с истечением жидкости в брюшную полость наблюдали у 13 детей. Первыми симптомами данного осложнения были резкие боли в животе, слабость, заторможенность, падение АД, аллергическая сыпь по типу крапивницы. При объективном обследовании отмечены болезненность, напряжение мышц передней брюшной стенки, положительные симптомы раздражения брюшины. Нагноение ЭК наблюдали у 34 больных. Клиническая картина при этом осложнении характеризовалась выраженными признаками токсикоза и сенсibilизации организма из-за усиленного всасывания паразитарной жидкости. Больные жаловались на боли в животе, рвоту, кожный зуд, субфебрильную и фебрильную температуру. В анализах крови отмечались: лейкоцитоз – до $(12 \pm 3,5) \cdot 10^9$ /л, эозинофилия – до $36 \pm 14\%$, повышение СОЭ – до $26 \pm 4,0$ мм/ч и тимоловой пробы – до 7 ед.

Сочетанное поражение ЭП и других органов обнаружено у 58 (20%) детей, из них у 41 отмечалось поражение печени и легкого. Характерной особенностью сочетанного эхинококкоза нескольких органов являлось разнообразие локальной симптоматики, причем при сочетанном поражении клинические проявления со стороны легких были более выраженными; у 6 детей осложнением со стороны ЭК легкого стали нагноение и прорыв в бронх.

УЗИ – основной метод ранней диагностики (табл. 1), что позволяет осуществить более щадящее лечение. Чувстви-

Таблица 1

Динамика показателей УЗИ при ЭК печени у обследованных

Период исследования	1-я группа			2-я группа		
	форма кисты	размер, мм	структура	форма кисты	размер, мм	структура
При поступлении	Округло-овальная, четкие, ровные контуры	30,0±5,7	Однородно-жидкостное содержимое	Округло-овальная, четкие, ровные контуры	30±5,7	Однородно-жидкостное содержимое
Через 6 мес	Неправильно-овальная, неровные контуры	24,5±4,8	Неоднородно-жидкостное содержимое	Округло-овальная, четкие контуры	35±3,2	То же
Через 8–10 мес	Неправильная	20,9±3,2	Неоднородное, незначительное жидкостное содержимое	То же	42±3,6	—
Через 12–18 мес	Без четких контуров	11,4±2,8	Участок гиперэхогенности, либо не определяется	—	51±3,4	—

тельность УЗИ в выявлении ЭП составила 98,2%, специфичность — 99%, точность — 97,6%.

Лечебная тактика при ЭП в современных условиях стала избирательной в связи с разработкой различных методов лечения. Выбор зависел от размеров паразитарных кист и стадии заболевания, при этом предпочтение отдавали щадящим и малотравматичным методам. Консервативная терапия как самостоятельный метод лечения была успешно использована в 17 случаях: у 11 больных при изолированном, у 6 — при сочетанном ЭП. Размеры кист печени составляли 30,0±5,7 мм (см. табл. 1). ЭК находилась в I фазе жизнедеятельности паразита и отображалась в виде анэхогенного образования округлой или неправильно-овальной формы, с четкими ровными контурами. Двойной контур за счет хитиновой и фиброзной оболочек — эхографический признак, характерный для ЭК, — в этой фазе определяется не всегда, что нередко вызывает определенные трудности при дифференциальной диагностике с непаразитарными кистами. У 3 больных нами проводилось динамическое наблюдение в течение 1–2 мес, за этот период отмечено увеличение размеров кисты, что характерно для эхинококка. Препарат немозол (албендазол) назначали из расчета 10 мг/кг/сут в течение 28 дней с интервалом 14 дней, в среднем 5,9±1,6 курса.

После каждого курса терапии проводили контрольный осмотр с клинико-лабораторным исследованием и УЗИ.

С целью оценки функционального состояния печени исследовали маркеры повреждения гепатоцитов, холестаза и показатели синтетической функции печени. В 5 случаях выявлено умеренное повышение уровня трансаминаз. Признаков гематологической токсичности не отмечено. У большинства пациентов в конце 1-го курса лечения появлялись невыраженные признаки интоксикации, связанные с разрушением оболочек ЭК и всасыванием паразитарной жидкости, что сопровождалось повышением температуры тела до субфебрильной, аллергическими проявлениями на коже. В таких случаях назначали гепатопротекторы, десенсибилизирующие препараты.

Характерной была динамика эхографической картины: изменялась форма паразитарной кисты, появлялся двойной неровный внутренний контур за счет отслойки хитиновой оболочки. Через 3–6 мес размеры ЭК уменьшались до 24,5±6,1 мм. Отчетливо определялись дегенеративные изменения, характеризовавшиеся неоднородностью структуры (за счет уменьшения жидкостного содержимого). Через 8–10 мес после лечения на месте бывшей ЭК определялся участок неоднородности паренхимы без четких контуров, размером 20,9±5,3 мм. У 8 (47%) детей через 12–18 мес на месте бывшей ЭК изменений паренхимы печени не обнаруживали, у остальных определялся гиперэхогенный участок размером 11,4±4,2 мм.

Консервативное лечение проведено 4 больным с сочетанным эхинококкозом легкого и печени после эхинококкэктомии из легкого. Противопаразитарная химиотерапия оказалась эффективной у 2 пациентов при сочетанном эхинококкозе печени и легких после эхинококкэктомии из печени. Таким образом, у 6 детей при сочетанном эхинококкозе химиотерапия позволила сократить количество хирургических вмешательств и одновременно стала профилактикой рецидива заболевания.

Консервативное лечение эхинококкоза было комплексным и проводилось с учетом аллергических проявлений и умеренной гепатотоксичности. В период аллергических проявлений назначали десенсибилизирующие препараты, после 1-го курса — гепатопротекторы, после 3-го курса — энзимотерапию (вобэнзим по схеме) и пробиотики. Результаты консервативного лечения согласно критериям ВОЗ оценены как успешные у 14, как благоприятные — у 3 пациентов. Консервативное лечение проводили в амбулаторных условиях, дети жили в привычном режиме, посещали детский сад, шко-

Таблица 2

Сравнительный анализ параметров лечения по группам

Показатель	1-я группа	2-я группа
Результат	Выздоровление через 18 мес	Хирургическое вмешательство через 18–24 мес
Стоимость лечения, руб.	18 373,7±3148	31 414,5±1559 (ВЛЭП) 40 848±1926 (традиционное)
Период диспансерного наблюдения, годы	2	5
Прогноз	Благоприятный	Возможен рецидив (без профилактической химиотерапии)

лу, не испытывали психоэмоционального стресса, связанного с предстоящей операцией.

Во 2-й группе наблюдали рост ЭК; через 12–18 мес дети подвергались хирургическому вмешательству. ВЛЭП являлась методом выбора при поверхностно расположенных ЭК. Традиционную эхинококкэктомию проводили при локализации кисты в глубине паренхимы и VII–VIII сегментах печени. Хирургическое вмешательство по поводу ЭП без профилактической химиотерапии не исключает полностью риска развития рецидива заболевания.

В сравнительном аспекте нами оценена экономическая эффективность лечения детей с ЭП (табл. 2). С включением всех затрат на лекарственные препараты стоимость консервативного лечения ребенка с ЭП составила $18\,373,7 \pm 3148$ руб., стоимость лечения методом ВЛЭП с курсом противорецидивной химиотерапии (без учета непрямых затрат и средств социального страхования на оплату временной нетрудоспособности по уходу за ребенком) – $31\,414,5 \pm 1559$ руб., при традиционной эхинококкэктомии – $40\,848 \pm 1926$ руб. Таким образом, затраты на консервативное лечение достоверно меньше, чем при хирургическом лечении ($p \leq 0,01$).

Итак, при сравнении результатов лечения детей 2 групп с ЭП установлено, что динамическое наблюдение при выявлении ЭК малых размеров и затем хирургическое вмешательство через 12–18 мес приводит к более длительному течению заболевания и соответственно к увеличению сроков лечения и реабилитации. Поэтому при выявлении у ребенка ЭК малых размеров целесообразно проводить консервативное лечение. Оно осуществляется под врачебным контролем; с целью своевременной коррекции лечения необходимо регулярно проводить клиничко-лабораторные исследования, оценивать функциональное состояние печени. Об эффекте от проводимой терапии судят по данным динамической эхографии. Изменения формы, контуров, размеров и структуры кисты за счет уменьшения жидкостного компонента являются признаками дегенеративных процессов в паразитарной кисте.

Результаты проведенного нами консервативного лечения, согласно критериям ВОЗ, были оценены как успешные у 14 и как благоприятные – у 3 пациентов. Анализ затрат на лечение детей в сравниваемых группах показал, что при консервативном лечении они в 1,7 раза ниже, чем при эндовидеохирургическом и в 2,3 раза меньше, чем при традиционном хирургическом вмешательстве.

Литература

1. Гузеева Т.М. Состояние заболеваемости паразитарными болезнями в Российской Федерации и задачи в условиях реорганизации службы // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. – 2008; 1: 3–11.

2. Пантелеев В.С., Заварухин В.А., Мамоян И.Н. и др. Фотодинамическое лечение фотодитазином[®] в сочетании с углекислотный лазером осложненного эхинококкоза печени // Медицинский вестник Башкортостана. – 2009; 4: 32–4.
3. Поляков В.Е., Лысенко А.Я. Гельминтозы у детей и подростков. М.: 2003, с. 250.
4. Альперович Б.И. Хирургия печени / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010; с. 348.
5. Кахаров М.А., Кубышкин В.А., Вишневецкий В.А. Обоснование удаления фиброзной капсулы при эхинококкэктомии печени // Хирургия. – 2003; 1: 31–5.
6. Нартайлаков М.А. Хирургия печени и желчных путей / Ростов-на Дону: Феникс, 2007; с. 399.
7. Ветшев П.С., Мусаев Г.Х. Эхинококкоз: современный взгляд на состоящие проблемы // Анн. хир. гепатол. – 2006; 11(1): 111–17.
8. Шевченко Ю.Л., Харнас С.С., Мусаев Г.Х. и др. Химиотерапия эхинококкоза // Анн. хир. – 2005; 2: 15–20.
9. Chai J., Menghebat. Wei J., Deyu S. et al. Observations on clinical efficacy of albendazole emulsion in 264 cases of hepatic cystic echinococcosis // Parasitol. Int. – 2004; 53 (1): 3–10: 230.
10. Stankovic N., Ignjatovic M. Nozic D. et al. Liver hydatid disease morphological changes of protoscoleces after albendazole therapy // Vojnosanit. Pregl. – 2005; 62 (3): 175–9.
11. Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Акбаров М.М. и др. Химиотерапия и проблемы рецидивного эхинококкоза печени // Анн. хир. гепатол. – 2011; 16 (4): 19–24.
12. De Rose F, Teggi L. Treatment of echinococcus granulosus hydatid disease with albendazole // Ann. Trop. Med. Parasitol. – 1990; 84: 831–6.
13. Manterola C., Mansilla J.A, Fonseca. F. Preoperative albendazole and scolices viability in patients with hepatic echinococcosis // World J Surg. – 2005; 29 (6): 750–3.
14. Мусаев Г.Х., Лигоньков Ю.А., Харнас С.С. и др. Химиотерапия в лечении больших эхинококкозом // Анн. хир. гепатол. – 2002; 7 (1): 322–3.
15. Гилевич М.Ю., Князева Г.М., Натрошвили Г.С. Клиничко-морфологические обоснования в выборе лечения эхинококкоза органов брюшной полости и забрюшинного пространства // Хирургия – 1990; 11: 116–20.
16. Пулатов А.Т. Хирургия эхинококкоза у детей / М., Л.: Медицина. – 1983; с. 163.

EARLY DIAGNOSIS OF HYDATID DISEASE OF THE LIVER IN CHILDREN: A POSSIBILITY OF SUCCESSFUL CONSERVATIVE TREATMENT

R. Shangareeva¹, Candidate of Medical Sciences;

E. Sataeva², **T. Shakhmaeva**²

¹Bashkir State Medical University;

²Republican Children's Clinical Hospital, Ufa

The paper provides the principles of early diagnosis and conservative therapy in 17 children with hydatid disease of the liver. The economic cost of conservative treatment is 1.7 and 2.3 times less than that of endovideosurgical and traditional surgical interventions, respectively.

Key words: children, hydatid disease, liver, albendazole.