

КИСТОЗНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ПЕЧЕНИ ПО ДАННЫМ ОРЕНБУРГСКОГО ЦЕНТРА ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Котлубаев Р.С.¹, Баканов А.А.², Фролова Е.А.^{1,2}, Биньевский К.В.^{1,2}

¹ Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург, Россия;

² Оренбургская областная детская клиническая больница, Оренбург, Россия

Обоснование. В статье приведены данные результатов диагностики и лечения 152 детей имевших первичные серозные кисты печени и эхинококковые кисты печени. Дана оценка ультразвуковому методу диагностики кист, приведены сведения эффективности иммуноферментного анализа крови для дифференциальной диагностики. Приведены результаты лечения.

Скрытность клинического течения кистозных образований печени делает эту проблему весьма актуальной. На территории Оренбургской области многолетние показатели заболеваемости эхинококкозом детского населения составляют $3,2 \pm 0,3$ случая на 100 000 населения, что превышает показатели заболеваемости взрослого населения — $2,8 \pm 0,2$ на 100 000 и таковые по Российской Федерации в целом.

Цель: оценка клинических проявлений, диагностических возможностей и результатов лечения у 152 детей, находившихся на лечении с кистозными образованиями печени в Оренбургском центре детской хирургии.

Материалы и методы. Среди 152 детей с кистами печени у 14 выявлены солитарные серозные кисты. Тогда как у 138 был подтвержден диагноз эхинококкоза печени. Современные возможности визуализации скрыто расположенных образований позволили у 6 детей первых двух лет жизни выявить кисты в печени с помощью УЗ-сканирования печени, разрешающая способность УЗ-аппаратов позволила провести дифференциальную диагностику между первичной серозной кистой (3 ребенка) и эхинококковыми кистами, расположенными в печени у 3 других детей. Диагностическая ценность УЗИ не ограничивалась фактом выявления, а давала возможность и детальной оценки размеров состояния стенок, наличие или отсутствие включений в состав кисты. Говоря о месте УЗИ-метода в оценке кист печени надо признать, что оно главенствующее. Для дифференциальной диагностики объемных образований печени важна и доплерографическая составляющая УЗИ. Второй составляющей частью постановки диагноза при выявлении кист в печени является иммуноферментный анализ крови. Так, у 134 детей с кистами эхинококковой природы титр антител был повышен в 4 и более раз, тогда как у всех детей с первичными серозными кистами показатели ИФА были в норме.

Результаты. Клинические проявления эхинококковых кист в виде увеличения размеров печени, деформации реберной дуги были отмечены у 15 детей с поверхностным расположением кист по нижнему краю печени. Анемия, эозинофилия как общая реакция организма отмечена у 28 детей с эхинококкозом, а у детей с серозными кистами подобных изменений не было. Продолжительность болезни у детей до выявления клинических признаков колебалась от 6 мес. до 2 лет. При проведении рентгенологического исследования брюшной полости у 4 детей обнаружены проявления кальцификации фиброзной капсулы паразита. Первый опыт лапароскопических эхинококкэктомий (7 пациентов) позволяет признать преимущество этого метода в случаях доступных удалению кист. Остальные дети с глубокими труднодоступными локализациями, а также серозные кисты были удалены при традиционной лапаротомии. Все дети выздоровели.

Заключение. Скудность клинических проявлений кистозных образований печени диктует необходимость скрининговых УЗ-исследований органов брюшной полости, при необходимости с иммуноферментным анализом на эхинококкоз. Лечение кистозных образований должно быть обязательным и радикальным из них является хирургический метод.

Ключевые слова: серозные; эхинококковые кисты печени; диагностика; лечение.