

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность проблемы. Эхинококковая болезнь – паразитарное заболевание, сопровождающееся развитием в печени различных по размерам одиночных и множественных кистозных образований. За последние десятилетия в Узбекистане сохраняется устойчивая тенденция к увеличению частоты встречаемости эхинококкоза печени, характеризующаяся обширностью поражения и длительным хроническим течением. Выявление этого заболевания на ранних стадиях развития представляется сложным из-за отсутствия чёткой клинической симптоматики и жалоб больного. Чаще всего больные обращаются за медицинской помощью, когда киста достигает значительных размеров или, имеются признаки её осложнений, которые в большинстве случаев выявляются при ультразвуковом исследовании.

Цель исследования. Оценка роли ультразвукового исследования в диагностике и выборе метода хирургического лечения при эхинококкозе печени у детей.

Материалы и методы исследования. В отделении детской хирургии клиники ТашПМИ за период с 2018 по 2023 г. на стационарном лечении с эхинококкозом печени находилось 178 больных в возрасте от 4 до 17 лет. УЗИ органов брюшной полости выполняли всем больным с локализацией кистозного образования в печени. Сканирование осуществляли на аппарате “Toshiba Aplio 500” (Япония) с использованием линейного и конвексного датчиков с рабочей частотой 3,5 и 5 МГц. Ультразвуковое исследование позволяло определению локализации эхинококковой кисты, её размеров, внутреннюю структуру и отношения к сосудистым и желчным структурам печени.

Результаты и обсуждение. Ультразвуковая картина эхинококкоза печени во многом зависела от периода жизнедеятельности паразита (неосложнённая и осложнённая киста). При наличии неосложнённой эхинококковой кисты в печени (144 (80,9%) наблюдения), определялось кистозное образование, часто с плотной слоистой капсулой, четким ровным контуром, анэхогенным однородным содержимым. В 34 (19,1%) наблюдениях при осложнённых эхинококковых кистах ультразвуковое сканирование показало, что имело место наличие кистозного образования со слоистой капсулой, толстым неровным внутренним контуром, жидкостное содержимое содержало взвесь, отмечалось перифокальное усиление эхо-сигнала. В стадии кальцификации кист определялись как гиперэхогенные очаговые образования с неровными, так и нечёткими контурами неоднородной структуры, с кальцификатами различного размера. При ультразвуковом исследовании одиночный эхинококкоз печени был диагностирован у 151 (84,8%) больных, множественный эхинококкоз у 27 (16,2%) больных. Осложнённые формы заболевания выявлены в 42 (23,5%) наблюдениях. Эхинококкоз правой доли печени в наших наблюдениях занимал по частоте первое место и выявлен у 107 (60,2%) больных, левосторонний – у 39 (21,9%), эхинококковое поражение обеих долей печени – у 32 (17,9%). Выбор способа хирургического лечения эхинококкоза печени зависел от локализации, размеров, количества кист, стадии заболевания и вида осложнения. Закрытая эхинококкэктомия – с ликвидацией кистозного ложа выполнена в 138 (77,6%) случаях.



Полузакрытая эхинококкэктомия с неполным капитонажем кистозного ложа и оставлением дренажа в нём выполнена в 3 (1,7%) наблюдениях. Атипичная резекция печени вместе с эхинококковыми кистами выполнена в 6 (3,4%) наблюдениях. Идеальная эхинококкэктомия – удаление эхинококковой кисты без нарушения целостности хитиновой оболочки выполнена в 4 (2,2%) случаях. Поэтапная одномоментная эхинококкэктомии при множественном эхинококкозе различными способами выполнена у 27 (15,1%) у больных.

Выводы. Современный уровень диагностики позволяет использованию ультразвукового исследования в диагностике кистозных образований печени различной локализации, выявлению наличия осложнений, что способствует правильному выбору тактики, метода и способа хирургического вмешательства.