

ского панкреатита. Незначительные осложнения носили в основном сочетанный характер (76 случаев у 59 пациентов), среди которых заметно преобладали вагусные реакции и болевые симптомы продолжительностью до трех часов. Ни одного случая инфицирования пути прохождения иглы отмечено не было. Постпункционное кровоизлияние в ткани ПЖ (маркером которого считалась гиперэхогенная зона толщиной до 2–3 мм в виде «бумеранга», формировавшаяся в месте забора материала) встречалось в 41 случаях. Случаев длительного кровотечения в брюшную полость и случаев острого панкреатита зарегистрировано не было.

В анализируемой группе не было выявлено достоверных различий по частоте и выраженности осложнений между тонкоигольными и толстоигольными биопсиями, что при большем количестве получаемого для морфологического исследования материала дает дополнительное преимущество методу толстоигольной биопсии.

### **Заключение**

Таким образом, строгое соблюдение вышеприведенной методики позволяет добиться высокого уровня морфологической верификации патологии ПЖ при отсутствии каких-либо осложнений — у  $74,9 \pm 2,8$  % пациентов, незначительных осложнений, не требующих терапии — у  $18,4 \pm 2,5$  %, осложнений требующих номинальной терапии — у  $6,3 \pm 1,6$  % и осложнений, требующих серьезной терапии и госпитализации более 48 часов — менее чем у 0,4 % пациентов.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Эпидемиология злокачественных новообразований в Беларуси / И. В. Залуцкий [и др.]. — Минск: Зорны верасень, 2006. — 207 с.
2. Аникеев, О. И. Интервенционная эхография в дифференциальной диагностике опухолевых и опухолеподобных образований поджелудочной железы / О. И. Аникеев // Мед. новости. — 2007. — № 5. — С. 92–96.
3. Аникеев, О. И. Особенности применения сандостатина при чрезкожной биопсии солидных образований поджелудочной железы / О. И. Аникеев, А. М. Юрковский // Проблемы здоровья и экологии. — 2007. — № 1. — С. 153–158.

**УДК 617.55-06:616.993]-089**

## **СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ СОЧЕТАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПАЗАРИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**

**Аничкин В. В., Мартынюк В. В.**

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Эхинококкоз и аскаридоз, являющиеся тяжелыми паразитарными заболеваниями, продолжают оставаться серьезной социально-медицинской проблемой во многих странах мира. Эхинококкоз и аскаридоз распространены в большинстве на среднем Востоке, в Индии, Африке, Северной Америке, Новой Зеландии, Австралии, Турции и Северной Европе. Аскаридоз является наиболее распространенным гельминтозом в Республике Беларусь [3, 4].

На сегодняшний день насущной проблемой эхинококкоза и аскаридоза являются разработка сочетанного (хирургического и химиотерапевтического) методов лечения хирургических осложнений этих паразитарных заболеваний, а также разработка новых антипаразитарных средств [2].

В основу лечения эхинококковой болезни входит хирургическое вмешательство. Больше всего распространены менее радикальные хирургические способы лечения, такие как закрытая, полузакрытая и открытая эхинококкэктомия. Однако, техника их выполнения во многом остается противоречивой, в частности, недостаточно совершенны

применяемые способы антипаразитарной обработки остаточной полости кист. Многочисленные случаи послеоперационных рецидивов заболевания свидетельствуют о недостаточной надежности используемых в хирургической практике средств для обеззараживания зародышевых элементов эхинококка (3–54 % случаев) [2]. Высокая токсичность или недостаточная антипаразитарная активность применяемых противоэхинококковых агентов контактного действия диктует необходимость изыскания новых эффективных и безопасных средств для интраоперационного обеззараживания зародышевых элементов эхинококка печени и других органов [1, 2].

Существующая форма лекарственных препаратов (таблетки) не позволяет начинать антигельминтное лечение хирургических осложнений аскаридоза органов брюшной полости непосредственно во время операции сразу после установления диагноза. Принятая лечебная тактика предполагает медикаментозное воздействие на гельминты, спустя несколько суток после операции (в зависимости от восстановления перистальтики) и сопровождается тяжелым течением послеоперационного периода в результате усиления интоксикации, связанной с «оживлением» деятельности паразитов в условиях пареза кишечника. В связи с этим существует настоятельная необходимость разработки новой лекарственной формы антигельминтного препарата, которая может быть применена непосредственно во время хирургического вмешательства, сразу же после обнаружения паразитарного заболевания [5].

**Цель исследования.** Улучшение результатов лечения хирургических осложнений паразитарных заболеваний органов брюшной полости путем разработки нового сочетанного (хирургического и химиотерапевтического) метода лечения, заключающегося в оперативном пособии с одномоментным интраоперационным применением оригинальной жидкой лекарственной формы антигельминтного препарата мебендазол.

**Задачи исследования:**

1. Разработать новую жидкую лекарственную форму антигельминтного препарата мебендазол, которая может быть применена непосредственно в процессе оперативного вмешательства по поводу хирургических осложнений паразитарных заболеваний органов брюшной полости.

2. Провести анализ отдаленных результатов лечения больных с хирургическими осложнениями паразитарных заболеваний органов брюшной полости, оперированных с одномоментным интраоперационным применением оригинальной жидкой лекарственной формы антигельминтного препарата в качестве противопаразитарного средства контактного действия.

**Методы.** Проведен сравнительный анализ лечения хирургических осложнений паразитарных заболеваний органов брюшной полости при аскаридозе кишечника и эхинококкозе печени у 165 больных. В зависимости от вида гельминтоза, больные разделены на 2 группы — 131 пациент с различными формами аскаридоза кишечника, желчевыводящих путей и брюшной полости и 34 пациента с эхинококковыми кистами печени.

При аскаридозе в зависимости от вида хирургического осложнения производили следующие операции: резекцию участка кишки с анастомозом и санацию брюшной полости; ликвидацию непроходимости путем деградации клубка аскарид по просвету тонкой кишки, энтеротомию с удалением клубка аскарид, холецистэктомию, аппендэктомия и др. [5].

Лечение хирургических осложнений аскаридоза жидкой формой антигельминтного препарата мебендазола проводили по следующим схемам:

— интраоперационное энтеральное применение жидкой форме противопаразитарного препарата через интестинальный зонд при высокой тонкокишечной непроходимости;

— интраоперационное пункционное введение в просвет кишки жидкой лекарственной формы противопаразитарного препарата при низкой тонкокишечной непроходимости;

— интраоперационное промывание полости живота оригинальной жидкой лекарственной формой антигельминтного препарата с антисептическим раствором.

У больных эхинококкозом печени выполняли следующие хирургические вмешательства: перицистэктомию, закрытую эхинококкэктомию, полужакрытую эхинококкэктомию, открытую эхинококкэктомию (с иссечением фиброзной капсулы и марсупилизацией кисты), анатомическую резекцию левой доли печени [1].

При эхинококкозе разработанную нами жидкую лекарственную форму препарата мебендазол применяли во время операции и в послеоперационном периоде для обработки внутренней поверхности дренируемых паразитарных кист и остаточных полостей перед ушиванием при открытых, полужакрытых, закрытых эхинококкэктомиях [1, 2].

В послеоперационном периоде всем больным независимо от типа выполненной операции проводили курс общей химиотерапии мебендазолом в таблетированном виде по общепринятой схеме.

У ранее оперированных больных (контроль) с эхинококковыми кистами при полужакрытых и открытых эхинококкэктомиях выполнялась классическая обработка внутренних стенок поверхности полости 2 %-ным раствором формалина без проведения общего антигельминтного лечения.

#### ***Результаты и обсуждение***

В 1-й группе (опыт) 71 больных (51 мужчин и 20 женщин в возрасте от 7 до 58 лет) больные получали противогельминтный препарат в жидкой, разработанной нами лекарственной форме, непосредственно во время оперативного вмешательства, сразу же после установления диагноза одной из хирургических форм аскаридоза. Жидкую лекарственную форму препарата применяли тремя способами: водили в просвет кишки через интестинальный зонд, посредством пункции или путем промывания брюшной полости. В наблюдаемой группе больных с аскаридозными хирургическими осложнениями послеоперационными летальность отсутствовала, а в сроки от 6 мес. до 3-х лет рецидивов заболевания не было, что связано с сочетанным применением хирургического и химиотерапевтического методов лечения.

У 60 больных (43 мужчин и 17 женщин, в возрасте от 6 до 55 лет) (контроль) проводили лечение таблетированным препаратом по традиционной схеме на 5–7-й день послеоперационного периода, с момента восстановления перистальтики и моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта.

У 1-й группы (опыт), которым были выполнены радикальные операции на желудочно-кишечном тракте, получавших новую лекарственную форму противоглистного препарата непосредственно во время хирургического вмешательства, ранний послеоперационный период протекал без выраженных явлений интоксикации, угнетения перистальтики и пареза кишечника; моторно-эвакуаторная функция кишечника восстанавливалась на 3–4-е сутки и сопровождалась выведением погибших паразитов естественным путем практически в эти же сроки, что способствовало раннему выздоровлению и уменьшению сроков пребывания больных в стационаре в среднем на 3–4 сут.

У больных, получавших таблетированный антигельминтный препарат на 5–7-е сутки, ближайший послеоперационный период протекал тяжело с выраженными нарушениями моторно-эвакуаторной функции кишечника, длительным парезом, тяжелой интоксикацией, обусловленной элиминацией в кровь из просвета кишки продуктов жизнедеятельности паразитов. Восстановление перистальтики, отхождение газов, появление стула у этих пациентов наступал в среднем на 6–8-е сутки послеоперационного периода, спустя 2–3 дня после приема больными таблетированного препарата. Массовую гибель паразитов с последующей эвакуацией погибших глистов естественным путем отмечали на 8–10-е сутки.

Пациенты 2-й группы (эхинококкоз печени), получавшие сочетанное лечение, не имели послеоперационных осложнений и летальности; в сроки от 6 мес до 3 лет реци-

дивов заболевания не было, что связано с сочетанным применением хирургического и химиотерапевтического методов лечения. У больных, которые лечились «классическим» способом (операция), дегельминтизация не проводилась, так как химиотерапевтический препарат отсутствовал. В двух случаях произошел рецидив заболевания. Эти двое больных оперированы повторно, в послеоперационном периоде им проведена дегельминтизация мебендазолом в общепринятой дозировке.

#### **Заключение**

1. Разработанная новая жидкая лекарственная форма антигельминтного препарата мебендазол, позволяет осуществлять раннюю (с момента установления диагноза) дегельминтизацию организма одновременно с выполнением хирургического пособия [1, 2, 3].

2. Хирургическое лечение осложнений аскаридоза органов брюшной полости требует одномоментного интраоперационного сопровождения его противопаразитарной химиотерапией посредством применения жидкой лекарственной формы антигельминтного препарата, что позволяет начать раннее патогенетическое лечение, привести к полной дегельминтизации организма на 1–2-е сутки послеоперационного периода, избежать осложнений и рецидива заболевания [5].

3. Дополнение хирургического вмешательства курсом общей химиотерапии в сочетании с интра- и послеоперационным применением разработанной нами жидкой лекарственной формы противопаразитарного препарата при лечении эхинококкоза печени является высокоэффективной комбинацией хирургического и химиотерапевтического методов лечения, которая обеспечивает полное излечение больных и позволяет предупредить развитие послеоперационных осложнений и рецидивов заболеваний [1, 2].

4. Наш пока небольшой опыт применения сочетанного метода лечения хирургических осложнений паразитарных заболеваний органов брюшной полости позволяет полагать, что он может быть альтернативой традиционному лечению. Метод сопряжен с меньшей опасностью послеоперационных осложнений, значительно сокращает сроки госпитального и амбулаторного этапов лечения, позволяет снизить частоту послеоперационных рецидивов. Вместе с тем, необходима дальнейшая отработка деталей применения этого метода и внедрение в практику эффективной химиотерапии хирургических осложнений эхинококкоза и аскаридоза.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Курбонов, К. М. Сравнительная оценка методов хирургического лечения больных эхинококкозом печени / К. М. Курбонов, Н. М. Даминова, Х. С. Косимов // *Анналы хир гепатол.* — 2008. — Т. 13. — № 1. — С. 42–46.
2. Химиотерапия в лечении больных эхинококкозом / Г. Х. Мусаев [и др.] // *Анналы хир гепатол.* — 2002. — Т. 7. — № 1. — С. 322–323.
3. Покровский, В. И. Инфекционные болезни: руководство для врачей / В. И. Покровский. — М: Медицина, 1996. — С. 137–145.
4. Поляков, В. Е. Гельминтозы у детей и подростков / В. Е. Поляков, А. Я. Лысенко. — М., 2003. — С. 250.
5. Crompton, D. W. Ascaris and ascariasis / D. W. Crompton // *Adv. Parasitol.* — 2001. — Vol. 48. — № 10. — P. 285–375.

**УДК 616.98:578.828 Н1V] – 053.2 – 071 - 074**

### **КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ**

**Анищенко Е. В., Красавцев Е. Л., Кармазин В. В., Казначеева Е. П.**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**Учреждение здравоохранения**

**Гомельская областная клиническая инфекционная больница**

**г. Гомель, Беларусь**

#### **Введение**

Течение ВИЧ-инфекции у детей отличается от таковой у взрослых, а также существуют различия в клинических проявлениях в зависимости от возраста [2, 4]. У младших детей, которые составляют группу инфицированных перинатально, ВИЧ-инфекция