

чая). Основными причинами летальных исходов были деструктивный панкреатит, плеврит, абсцесс и несостоятельность ПКС.

После ПСРЖ осложнения развились у 1 пациента (2,0 %). Послеоперационная летальность составила 2,0 % (1 случай). Причиной летальности послужила ТЭЛА.

После экстирпации культи желудка осложнения развились у 2 из 5 пациентов: несостоятельность пищеводно-кишечного анастомоза — у 1, и желчный свищ — у 1 больного. Послеоперационной летальности в данной подгруппе не было, во всех случаях наступило выздоровление.

Выводы

1. Несмотря на преобладание пациентов с распространенным и, нередко, осложненным опухолевым процессом (III и IV стадии установлены в 59,0 % случаев), непосредственные результаты оперативных вмешательств по поводу злокачественных опухолей желудка являются удовлетворительными. Частота послеоперационных осложнений во всей исследуемой группе составила, по данным канцер-регистра 7,0 % (55 случаев), летальность — 3,5 % (28 случаев).

2. В структуре осложнений после всех видов операций преобладали «хирургические» осложнения, которые развились при выполнении гастрэктомии, ДСРЖ и ПСРЖ в 7 (3,0 %), 45 (9,1 %) и 1 (2,0 %) случаях, соответственно (различия достоверны лишь для гастрэктомии и ДСРЖ; Хи-квадрат с поправкой Бонферрони для множественных сравнений, $p = 0,009$). Послеоперационная летальность составила 1,7 % (4 случая), 4,6 % (23 случая) и 2,0 % (1 случай) соответственно (различия статистически незначимы, $p = 0,13$).

3. Дальнейшее улучшение непосредственных результатов хирургического лечения опухолей желтухи может быть достигнуто при своевременной диагностике опухолевого процесса, совершенствовании мер периоперационного обеспечения и технических аспектов выполнения оперативных вмешательств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Янкин, А. В. Скрининг рака желудка / А. В. Янкин // Практическая онкология. — Т. 11. — № 2. — 2010. — С. 96–100.

616.995.132-071-074-0532

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТОКСОКАРОЗА У ДЕТЕЙ

Буринский Н. В.

Научный руководитель: к. м. н., доцент В. М. Мицура

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Гельминтозы — наиболее распространенные и массовые паразитарные заболевания человека. Одним из наиболее широко распространенных, но сравнительно малоизученных паразитарных заболеваний человека является токсокароз. Его возбудителями служат нематоды (*Toxocara canis*, *Toxocara cati*), которые в половозрелом состоянии паразитируют в кишечнике представителей семейств псовых и кошачьих. Заражение людей, преимущественно, детей, происходит путем заглатывания яиц, выделяемых этими животными во внешнюю среду. Токсокары способны вызывать тяжелые полиорганные поражения вплоть до летальных [4].

Клиника токсокароза крайне полиморфна. Она зависит от интенсивности инвазии, иммунного статуса хозяина, характера распределения личинок гельминта в его органах

и тканях, их метаболической активности. Токсокароз может протекать в виде висцеральной формы, глазной, смешанной и бессимптомного носительства [3].

Наиболее постоянными признаками висцерального токсокароза является высокая эозинофилия вплоть до лейкомоидной реакции эозинофильного типа, рецидивирующая лихорадка, легочный синдром, гепатомегалия, гиперглобулинемия [4]. По данным Республиканского центра гигиены и эпидемиологии процент серопозитивных по токсокарозу лиц среди обследованного на территории Беларуси контингента составил 30,2 % в 2000 г., 31,8 % — в 2001 г., 32,7 % — в 2002 г., с 2003 г. наблюдается снижение пораженности токсокарозом. Так, в 2005 г. данный показатель составил 19,6 %, в 2006 г. — 18,1 %, однако, в Брестской, Гродненской и Могилевской областях он достигает 23,5, 31,2 и 37,0 % соответственно [1].

Наиболее эффективным, чувствительным и специфичным методом определения противотоксокарозных IgG является иммуноферментный анализ (ИФА) с применением экскреторно-секреторного антигена *T. canis*. Чувствительность ИФА у больных токсокарозом составляет около 78 %, а специфичность — 92 %, диагностическим титром считается 1:800 [4].

Цель исследования

Изучить клинико-лабораторные проявления токсокароза у детей на современном этапе.

Материалы и методы

За период с 2005 по 2009 гг. в Гомельской области на токсокароз серологическим методом ИФА было обследовано 514 человек. Выявлено 198 положительных результатов (38,5 %). Из всех положительных результатов для ретроспективного анализа клинико-лабораторных особенностей течения токсокароза на современном этапе были отображены 31 история болезни: 20 пациентов гематологического стационара ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» и 11 — аллергологического стационара УЗ «Гомельская областная клиническая больница», так как чаще всего токсокароз встречался у пациентов этих стационаров.

Результаты и обсуждение

Распределение детей по возрастным группам: от 1 года до 3 лет — 1 (3 %) чел., 4–6 лет — 6 (19 %) чел., 7–9 лет — 13 (42 %) чел., 10–12 лет — 3 (10 %) чел., 13–15 лет — 4 (13 %) пациента, 16–18 лет — 4 (13 %) пациента. Таким образом, 42 % пациентов находились в возрасте от 7 до 9 лет, что не соответствует литературным данным [2], где указано, что наибольшая пораженность наблюдается в возрасте 1–6 лет. Из пациентов 19 (61 %) пациентов являются городскими жителями, 12 (39 %) — сельскими.

Среди пораженных токсокарозом были 21 (68 %) мальчик и 10 (32 %) девочек. По многолетним наблюдениям [2], пораженность мальчиков большая, так как они активнее контактируют с внешней средой, что соответствует полученным нами данным.

В исследуемой группе все пациенты были с висцеральной формой токсокароза. Основным диагнозом, послужившим поводом к госпитализации в гематологический стационар, является лейкомоидная реакция по эозинофильному типу (43 % пациентов), реже — лимфаденопатия (13 %), в аллергологию — бронхиальная астма (16 % пациентов), хроническая крапивница (13 %) и др (15 %). Основные жалобы, предъявляемые при поступлении в стационар: увеличение и болезненность при пальпации лимфатических узлов (26 %), общее недомогание (84 %), кашель (32 %), изменения в общем анализе крови (100 %), аллергические высыпания на коже (13 %), редко — боли в правом подреберье (10 %).

Для диагностики токсокароза проводилось серологическое обследование методом ИФА, титры антител составляли от 1:200 до 1:25600. Так, титр 1:200 был у 2 (6 %) чел., 1:400 — у 5 (16 %) чел., 1:800 — у 6 (19 %), 1:1600 — у 3 (9 %), 1:3200 — у 4 (13 %), 1:6400 — у 3 (9 %), 1:12800 — у 3 (9 %), 1:25600 — у 6 пациентов (19 %). Титры антител ниже диагностического (1:200–1:400) в 22 % случаев сопоставлялись с клиническими проявлениями и наличием эозинофилии. Мы считаем, что более низкие титры антител к антигену токсокар связаны с недостаточной чувствительностью тест-систем (78 %) [2].

Учитывались данные лабораторных анализов, полученных в начале стационарного лечения. У 30 пациентов (97 % случаев) наблюдалась эозинофилия (более 5 %), у 1 пациента при уровне эозинофилов 4 % титр специфических антител составлял 1:1600. Эозинофилия достигала высоких цифр — до 66 %, в 42 % случаев — больше 30 %. Также определены следующие изменения в общем анализе крови: сдвиг лейкоцитарной формулы влево наблюдался у 42 % больных, лейкоцитоз — у 61 %, лимфоцитоз — у 58 %, увеличение СОЭ — у 48 %. Также выявлен тромбоцитоз у 48 % больных, снижение уровня гемоглобина — у 45 %.

Анализируя результаты биохимического анализа крови, было выявлено повышение АЛТ (у 10 %) и АСТ (у 13 %), что отражает поражение печени при висцеральном токсокарозе.

Частыми признаками являлись увеличение лимфатических узлов, спленомегалия и гепатомегалия. Увеличение лимфатических узлов с их гиперплазией наблюдается в 30 % случаев. При этом увеличение подчелюстных — у 7 пациентов, абдоминальных — у 2, шейных — у 2, подмышечных — у 1. Увеличение и диффузные изменения печени наблюдались у 36 % случаев, увеличение селезенки — у 16 %. При этом в 15 % случаев наблюдалось увеличение как печени, так и селезенки, в 12 % случаев наблюдалось увеличение лимфатических узлов, в сочетании с гепатоспленомегалией.

Выводы

1. Положительные титры при серологическом обследовании на токсокароз у жителей Гомельской области выявлены в 38,5 % случаев.

2. Наиболее часто в детский стационар с токсокарозом поступают дети от 7 до 9 лет (42 %), причем чаще мальчики (68 %).

3. При серологическом обследовании больных токсокарозом у 91 % выявлены высокие титры антител от 1:800 до 1:25600, в 22 % случаев титр антител был 1:200–1:400, что при наличии клиники и эозинофилии может расцениваться как токсокароз.

4. У большинства пациентов отмечались значительные изменения в гемограмме: сдвиг лейкоцитарной формулы влево — у 42 % больных, эозинофилия — у 78 % обследованных, лейкоцитоз — у 61 %, лимфоцитоз — у 58 %, увеличение СОЭ — у 48 %, тромбоцитоз — у 48 % больных, снижение уровня гемоглобина — у 48 %. В биохимическом анализе крови было выявлено повышение АЛТ и АСТ (у 10 и 13 % соответственно).

5. Часто при токсокарозе у детей выявлялись увеличение лимфатических узлов (30 %), гепатомегалия (36 %), спленомегалия (16 %).

ЛИТЕРАТУРА

1. Гельминтозы, протозоозы, трансмиссивные зоонозные заразные кожные заболевания в Республике Беларусь (Информационно-аналитическая бюллетень за 2006 год). Мн.: 2007.
2. Лысенко, А. Я. Токсокароз: учеб. пособие / А. Я. Лысенко, Т. Н. Константинова, Т. И. Авдюхина. — М.: РосМАПО, 1999. — 40 с.
3. Паразитарные болезни человека: учеб. пособие / С. В. Жаворонок [и др.]. — Гомель: УО «Гомельский государственный медицинский университет», 2006. — 304 с.
4. Токсокароз у детей и подростков / В. Е. Поляков [и др.]. // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2004. — № 6. — С. 43–46.

616.12-007.1-053.1

АНОМАЛИЯ ЭБШТЕЙНА — УНИКАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Буринский Н. В.

Научный руководитель: асс. Е. Н. Дударева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Аномалия Эбштейна — врожденный порок сердца, характеризующийся дисплазией и смещением створок трикуспидального клапана в полость правого желудочка [2].