

крем с 2% сульфатамиозолом серебра. Заключение: из девятнадцати детей с гиперкератозами пролеченных методом криодеструкции с предварительным введением 12,5% раствора этилмала натрия (дицинона) в 77,8% случаев констатировали полное излечение, а у остальных пациентов (4) отмечено улучшение. Сроки заживления раневой поверхности были короче в среднем на сутки $X = 13,66$, чем при чистой криодеструкции $X = 14,73$ результаты подтверждались статистически $T = 5$. В группе сравнения с чистой криодеструкцией, такой результат с выздоровлением, прослеживался только у 69,56% детей пролеченных однократно изолированной криодеструкцией.

ОТКРЫТАЯ АРГОНО-ПЛАЗМЕННАЯ ДЕЭПИТЕЛИЗАЦИЯ ПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ У ДЕТЕЙ

Огнев С.И.,

Цап Н.А.,

Винокурова Н.В.

ГБОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия, ГБУЗ
СО Областная детская клиническая больница №1, МАУ Детская город-
ская клиническая больница №9, Екатеринбург, Россия

Актуальность. По данным экспертов ВОЗ особенности эхинококкового паразита способствовали широкому географическому распространению этой инвазии. В уральском регионе эхинококкоз до недавнего времени являлся чрезвычайной редкостью, тем более у детей.

Цель исследования – улучшение результатов лечения эхинококкоза за счет ранней (до развития осложнений) диагностики паразитарных кист в организме ребенка и радикализма оперативного вмешательства.

Для достижения цели одна из задач предусматривала разработку и внедрение нового способа противорецидивной обработки внутренней оболочки фиброзной капсулы при эхинококкэктомии.

Пациенты и методы. Клиника детской хирургии УГМА обладает опытом лечения за 5-летний период 16 детей с эхинококкозом паренхиматозных органов: печень, селезенка, легкие. Только в 2-х случаях это было сочетанное поражение всех вышеуказанных органов. По полу преобладали девочки, средний возраст пациентов - $11 \pm 2,5$ лет. Клинические проявления эхинококкоза у детей длительное время оставались стерты, локальная симптоматика выражена слабо. Лишь с ростом кисты отмечается абдоминальный или грудной болевой синдром, стойкий кашель, в зависимости от её локализации, проявляются признаки хронической паразитарной интоксикации.

Диагностический комплекс включал: общеклинические и лабораторные методы обследования, УЗИ органов брюшной и грудной полости, первичную рентгенографию и динамическую КТ органов грудной и брюшной полости, серологические методы обследования (выявление титра антител к эхинококку), морфологическое исследование.

Результаты и обсуждение. Методы лучевой диагностики констатируют наличие в паренхиматозных органах кистозных образований, с плотной капсулой, с перемычками и жидкостным компонентом внутри. Серологические реакции оказались положительными у 86% детей с эхинококкозом печени, селезенки, отрицательными во всех случаях эхинококкоза легких, и превысили допустимые показатели в 20 раз при множественном, сочетанном поражении цистами паразита. Всем детям выполнены открытые оперативные вмешательства (лапаротомия, торакотомия), эхинококкэктомия. При сочетанном эхинококкозе – многоэтапное лечение. Паразитарные кисты легких малых размеров удаляли путем атипичной резекции легких аппаратом УО. В одном случае локализации эхинококковой кисты больших размеров в воротах селезенки потребовалось выполнение оргоуносящей операции. Интраоперационный алгоритм предусматривает: пункцию кисты, эвакуацию прозрачной жидкости, введение в полость кисты 2% раствора формалина с экспозицией от 3 до 10 минут, затем его эвакуация, максимальная фенестрация фиброзной капсулы, удаление хитиновой оболочки паразита, санация внутренней оболочки фиброзной капсулы 2%-ым раствором формалина. Внедрен способ радикальной обработки фиброзной капсулы эхинококка – бесконтактная аргоно-плазменная дезэпителизация всей поверхности внутренней оболочки с экспозицией на каждом поле 5 ± 1 секунд, что позволяет достичь деструкции ткани фиброзной капсулы на глубину до $2 \pm 0,6$ мм (морфометрия) и достоверно уничтожить сколексы. При обработке аргоновой плазмой остаточная паразитарная полость значительно сокращается в размерах за счет деструкции структур (морфология).

Все дети в послеоперационном периоде находятся на длительном сонографическом мониторинге. Рецидивирования не наблюдали.

Таким образом, радикализм лечения эхинококкоза паренхиматозных органов базируется на аргоно-плазменной дезэпителизации внутренней поверхности фиброзной капсулы паразитарной кисты.