

especially difficult in the current situation in which the children of Ukraine are now, when most of the time children must be in shelters and diet can often be violated. But we are on the right track and Ukraine will overcome these problems. Our children will be healthy and happy in their motherland.

УДК 616-022.39:595.121:616.36-008.6-07-08-053.2

**ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ
ЕХІНОКОКОВИХ КІСТ ПЕЧІНКИ У ДІТЕЙ В
МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНІЙ КОМАНДІ**

Бабійчук Г.Г., Притула В.П., Руденко Є.О., Хуссейні С.Ф., Петрик С.М.,
Сільченко М.І., Мінковська О.М., Тимошенко Т.І.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця (м. Київ)

Актуальність. Інфікування ехінококозом на даний час є досить поширеним. Щорічна статистика ВООЗ показує, що в потенційно ендемічних територіях світу ехінококозом уражено до 10% людського населення, а діти серед них становлять – до 15% [4].

В багатьох країнах залишаються традиційні причини появи цієї паразитарної хвороби. Перш за все це забруднення значної території тваринними відходами та недостатня профілактика поширення гельмінтів серед домашніх тварин – потенційних носіїв ехінококозу [3, 4]. Наша держава займає проміжне місце в когорті країн світу, де статистично досить помітний ендемічний рівень інфікуванням ехінококозом. Якщо раніше вважалося, що основними причинами ехінококового ураження організму є проблеми гігієни в скотарстві та недостатні протигельмінтні заходи, то тепер все частіше виступають на перший план часта міграція людей в різноманітні потенційно небезпечні, щодо паразитарного зараження, райони (екскурсії, подорожі, короткотривале проживання, тощо).

Ехінококоз зазвичай уражає паренхіматозні органи, але найчастіше – печінку. В зв'язку з розвитком і впровадженням в практику сучасних променевих діагностичних пристроїв виросла кількість виявлених пацієнтів з ехінококовими кістами печінки (ЕКП) ще на початкових стадіях розвитку.

Проблеми, з яким зустрічаються спеціалісти в ехінококозі дитинства є ті, що паразитарні кісти печінки схильні до інтенсивного росту, швидкого розповсюдження по різних сегментах печінки, такий процес небезпечний розривом кіст і появою тяжких інвалідизуючих або летальних випадків. Різні спеціалісти описують до 8,0% смертності при цій патології, до 64,% виникнення жовчних норичь і до 20,0% рецидиву ЕКП [1, 2].

Діагностика та комплексне лікування ЕКП є складним процесом і потребує злагодженості в мультидисциплінарній команді, а найкраще, щоб така команда працювала в одному лікувальному закладі

Мета дослідження – провести аналіз результатів діагностики та лікування ЕКП у дітей в мультидисциплінарній команді однієї лікарні.

Матеріали і методи. Кафедра дитячої хірургії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця на базі Національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит» (м. Київ) має потужний досвід діагностики та лікування 400 дітей з ЕКП. Вперше діагноз ЕКП встановлено у 375 (93,75%) дітей, а в 25 (06,25%) пацієнтів – повторно. У 36 (9,00%) дітей виявлено різного виду ускладнені ЕКП: загноєння в кістах (n=8), розрив ЕКП в жовчеві ходи (n=3), кальцинація (n=15), розрив ЕКП в черевну порожнину (n=7), портальну гіпертензію (n=3). Одну дитину ми лікували на тлі ВІЛ-інфекції, а ще одну – на тлі хронічного лімфобластного лейкозу. Діагностика включала лабораторні показники крові, специфічні серологічні тести, ультрасонографію, КТ, МРТ.

Результати та обговорення. Моновезикулярну (тип СЕ1) ЕКП встановлено у 28,42% пацієнтів; багатокамерну сотову кісту в печінці (тип СЕ2) – в 15,40%; кісту з відокремленими внутрішніми мембранами хітинової оболонки (тип СЕ3а) – у 30,37%; кісти з дочірніми кістами (псевдосолідний тип) (тип СЕ3b) – в 13,91%; кісту з гетерогенним змістом (псевдопухлинний тип) (тип СЕ4) – у 2,81% та тверду звапнену стінка (кальцинація паразита) (тип СЕ5) – ще у 9,09%. В зв'язку з таким поділом наші пацієнти потребували диференційованого підходу щодо способів ліквідації ЕКП.

Ми використовували різноманітні мініінвазивні та відкриті методи лікування цієї патології в залежності від розмірів, локалізації, кількості кіст, наявності ускладнень та готовності спеціального технічного забезпечення. Мініінвазивно нами було зроблено транскутанну пункцію, санацію та дренування під ультразвуковим наведенням (32 (8,00%) дитини; лапароскопію з висіченням фіброзної капсули та зашиванням за капітонаж порожнини кісти – в 10 (2,50%), лапароскопія, капітонаж порожнини з дренуванням кісти – у 14 (3,5%), лапароскопія, пункція та дренування порожнини кісти – у 42 (10,05%).

Перевагами мініінвазивних втручань перед відкритими: мала травматичність, рання активізація пацієнтів, невелике число ліжко-днів. Недоліки мініінвазивних втручань: велика небезпека підтікання вмісту кісти в черевну порожнину, через ригідність стінки кісти та високий внутрішньокістозний тиск; складність евакуації густого вмісту кісти; лапароскопічним втручанням доступні тільки поверхнево розташовані ЕКП; глибоке інтрапаренхіматозне розташування кіст є неможливим; лапароскопічне втручання може бути нездійсненим після попередніх операцій, особливо на верхніх відділах черевної порожнини.

Відкриті операція при ЕКП використовували наступні: лапаротомію, інтраабдомінальна пункція, санація з дренуванням під інтраопераційним ультразвуковим наведенням – у 23 (5,75%), лапаротомія, пункція, санація, висічення країв оболонок, капітонаж з дренуванням або без дренування залишеної порожнини кісти – у 223 (55,75%) та лапаротомія, сегментарна резекція печінки – у 18 (4,50%).

Відкриті операції носили етапний характер: 1 етап – пункційно-дренажна декомпресія та санування кісти; 2 етап - розкриття з видаленням хітинової оболонки з наступним повторним сануванням; 3 етап - висічення фіброзної капсули з капітонажем і пролонгованим дронуванням (за показаннями).

В 38 (9,50%) дітей проведено консервативне лікування препаратами альбендазолу.

Консервативними показами були: глибокорозташовані ЕКП малих розмірів (<2 см); неоперабельні та множинні кісти; після операції, якщо спостерігається розповсюдженість гельмінтів або під час операції; після проведення черезшкірного дренажу ЕКП. Призначена доза препаратів для дітей при масі тіла понад 60 кг становила 400 мг (1 таблетка) 2 рази на добу. При масі тіла менше 60 кг препарат призначати з розрахунку 15 мг/кг/добу. Цю дозу розділяли на 2 прийоми. Максимальна добова доза прийому – 800 м на трьохкратний 28-денний цикл з перервою у 14 днів.

Наші пацієнти знаходяться під динамічним спостереженням всієї мультидисциплінарної команди діагностів та хірургів лікарні «Охматдит». Всі діти залишилися живі. В ранньому післяопераційному періоді у 2 (0,54%) випадках виникла жовчна нориця, у 4 (1,08%) – гіпертермія 38–40°C з ознобом протягом 4–10 діб, і у 2 (0,54%) – токсико-алергічна нефропатія, які проліквідовані консервативно.

Лише у 3 (0,82%) дітей відмічено рецидив ехінококозу у віддаленому періоді при поєднаному ураженні різних органів.

Висновки. ЕКП є складним і динамічним захворюванням яке потребує динамічного спостереження та лікування мультидисциплінарної команди діагностів та хірургів, найкраще – в одному лікувальному закладі. Для кожного випадку ехінококозу печінки необхідний індивідуальний підхід корекції із урахуванням стадії розвитку, локалізації та віку дитини.

Ключові слова: ехінококозові кісти печінки, діагностика, лікування, діти.

Список літератури

1. Archemetre R., Melgar T. (2021). Echinococcus disease in children. Journal of Alternative Medicine Research, 13 (2), 149-158.
2. Pradhan A., Mallick B., Dash A., Nanda D. (2022) Clinical presentation and outcome of children with hydatid disease: a retrospective cross-sectional study from a tertiary care hospital in eastern India. Journal of Parasitic Disease, 46, 230–235 <https://doi.org/10.1007/s12639-021-01440-8>
3. Wen H., Vuitton L., Tuxun T., Li J., Vuitton D.A., Zhang W., McManus D.P. (2019). Echinococcosis: Advances in the 21st Century. Clin Microbiol Rev, 32(2): e00075-18. doi: 10.1128/CMR.00075-18.
4. World Health Organization (WHO). (2021). Characteristics and Details of Echinococcosis. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs377/en/>.