

при різноманітних захворюваннях ЩЗ та визначити злоякісний характер змін вузлових утворень. 2. Застосування статистичних показників, що визначались за розробленими комп'ютерними програмами, дозволяє значною мірою виключити отримання сумнівних та хибних цитологічних результатів та суб'єктивний фактор у визначенні діагнозу.

1. Демидчик Е. П., Цыб А. Ф., Лушников Е. Ф. Рак щитовидной железы у детей. – М.: Медицина, 1996. – 208с.
2. Богданова Т. И. Статистика и морфологическая характеристика рака щитовидной железы у детей и подростков Украины после аварии на Чернобыльской АЭС. //Эндокринология. – 1996. – Т. 7, №1. – С. 49-63.
3. Безруков О. Ф., Безруков В. О., Руднев И. И. и др. Патология щитовидной железы как следствие изменений среды обитания. – Матеріали ХХ з'їзду хірургів України. – Тернопіль, 2002. – Т. 2. – С. 402-403.
4. Касаткина Э. П., Шилин Д. Е., Ибрагимова Г. В. и др. Анализ современных рекомендаций и критериев Всемирной Организации Здравоохранения по оценке йоддефицитных состояний. // Пробл. эндокринологии. – 1997. – Т. 43, №4. – С. 3-6.
5. Кравченко В. І., Чернобров А. Д., Терещенко В. П. та ін. Деякі підсумки та завдання епідеміологічних досліджень ендокринних захворювань в Україні.//Ендокринологія. – 1996. – Вип. 1, №1. – С. 87-94.

6. Бронштейн М. З. Цитологическая диагностика заболеваний щитовидной железы. //Пробл. эндокринолог. – 1997. – Т. 43, №3. – С. 30-38.
7. Валдина Е. А. Узловой зоб и рак щитовидной железы. //Вестник хирургии им. И. И. Грекова. – 1997. – Т. 156, №2. – С. 23-26.
8. Ветшев П. С., Шкроб О. С., Чилингарида К. Е. и др. Тонкоигольная аспирационная биопсия солитарных образований щитовидной железы. Хирургия. – 1995. – № 3. – С. 34-37.
9. Аветисян И. Л., Гульчий Н. В., Яровой А. О. и др. Роль прицельной пункционной биопсии щитовидной железы в скрининге больных для хирургического лечения. //Матеріали ХІХ з'їзду хірургів України. – Харків, 2000. – С. 269-270.
10. Абдулхалимова М. М., Митьков В. В., Бондаренко В. О., Зубарев А.Р. Диагностика узловых образований щитовидной железы с использованием современных методов исследования (обзор литературы). //Ультразвуковая диагностика. – 1999. – № 3. – С. 69-77.
11. Аветисян И. Л., Гульчий Н. В., Яровой А. О. и др. Аспирационная биопсия щитовидной железы в хирургической практике: задачи и возможности метода. //Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім. П. Л. Шупика. – К. – 2001. – Випуск 10, книга 4. – С. 929-934.
12. Автандилов Г. Г. Введение в количественную патологическую морфологию. – М.: Медицина, 1980. – 216 с.
13. Konarska L., Skierski J., Ellert A. et al. Comparative studies of nuclear DNA content in benign and malignant thyroid lesions// Acta Biochim. Pol. – 2001. – 48. – P. 738-793.

Гриза П.В., Лучанко П.І.

## КАРАНТИНИЗАЦІЯ СВІЖОЗАМОРОЖЕНОЇ ПЛАЗМИ В ЗАКЛАДАХ СЛУЖБИ КРОВІ УКРАЇНИ. ПРОБЛЕМИ. ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Тернопільська державна медична академія ім.І.Я. Горбачевського

КАРАНТИНИЗАЦІЯ СВІЖОЗАМОРОЖЕНОЇ ПЛАЗМИ В ЗАКЛАДАХ СЛУЖБИ КРОВІ УКРАЇНИ. ПРОБЛЕМИ. ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ – Однією із важливих проблем сучасної трансфузіології є передача інфекцій через кров, її компоненти та виготовлені з них препарати. До них відносяться так звані трансмісивні інфекції. Під гемотрансмісивним шляхом розповсюдження інфекцій слід розуміти такий інфекційний процес, який виникає внаслідок трансфузії інфікованої донорської крові, її компонентів та виготовлених з них препаратів, або від контакту людини з інфікованими зразками крові та її компонентами, який характеризується появою у реципієнта клінічних симптомів захворювання, типових морфологічних змін в органах (органі – мішені) та наростанням у крові титру специфічних антитіл.

КАРАНТИНИЗАЦІЯ СВЕЖЕЗАМОРОЖЕНОЇ ПЛАЗМИ В УЧРЕЖДЕННЯХ СЛУЖБИ КРОВІ УКРАЇНИ. ПРОБЛЕМИ. ПУТИ РЕШЕННЯ – Одной из важнейших проблем современной трансфузиологии есть передача трансмиссионных инфекций через кровь ее компоненты и препараты. Проблема инфекционной безопасности компонентов и препаратов крови осложняется в связи с отсутствием надежных и эффективных методов вирусинактивации. Приоритетным направлением государственной политики Украины на пути профилактики гемотрансмиссионных инфекций есть осуществление мероприятий по обеспечению безопасности донорства крови, ее компонентов и препаратов. Одним из таких направлений является внедрение в учреждения службы крови Украины карантинизации свежзамороженной плазмы (СЗП) с запретом ее использования на протяжении установленного времени без последующего тестирования донора на трансмиссионные инфекции. Проанализированы трудности внедрения метода карантинизации СЗП в учреждениях службы крови Украины и рекомендованы пути их решения.

CARANTINE CONTROL OF FRESHLY FREEZED PLASMA IN THE INSTITUTIONS OF BLOOD SERVICE IN UKRAINE: PROBLEMS AND WAYS FOR THEIR SOLUTION – Transmission of infection by blood, its components and preparations is an actual problem in modern transfusiology. The infection safety of blood components and preparations is complicated by the lack of reliable and effective methods of virus inactivation. A priority approach in the Ukrainian state policy for the prophylaxis of hemotransmissible infections is realized through the remedies on guarantee a safety of blood and blood components' donorship. An effective way for realization of that approach is a quarantine control of freshly frozen plasma (FFP) in the institutions of blood service in Ukraine. The problem of utilization of the method of quarantine control of FFP in these institutions has been analysed and the ways for its solution were proposed.

**Ключові слова:** плазма, карантинизация, інфекційна безпека.

**Ключевые слова:** плазма, карантинизация, инфекционная безопасность.

**Key words:** blood plasma, infection safety, quarantine control.

### ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ І АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ

На сьогодні відомо чотири групи гемотрансмісивних інфекцій: 1 група – вірусні трансфузійні інфекції (ВІЛ-1/ 2, вірусні гепатити А, В, С, D, Е, F, G, ТTV, SEN –V; HTLV-I,II; цитомегаловірус; вірус простого герпесу I,II типів; парвовірус В 19; вірус Фунт–Бекара; вірус вітряної віспи, оперіючого лишая, герпесу людини V, VII,VIII типів тощо.

2 група – бактеріальні трансмісивні інфекції. До них відносяться сифіліс, бруцельоз, рикетсіози, проказа, сальмонельоз.

3 група – інфекції, що спричиняються простішими: малярія, токсоплазмоз, лейшманіоз, трипаноплазмоз.

4 група – інфекції, які матимуть важливе значення у найближчому майбутньому (пріони, віруси геморагічних лихоманок, енцефалітів, бактерії, які здатні утворювати L-форми тощо) [ 1]. Доречно зазначити, що це не весь перелік усіх відомих інфекцій, що передаються через кров і через які виникають серйозні проблеми з інфекційної безпеки у донорстві.

Незважаючи на значний прогрес пониження вірусної контамінації при трансфузіях компонентів та препаратів крові за рахунок використання більш чутливих методів тестування, ризик передачі вірусних агентів при гемотрансфузії залишається високим.

Трансфузійний шлях передачі інфекційних захворювань призводить до розвитку тяжких форм, перш за все тому, що компоненти та препарати донорської крові вводяться пацієнтам, які уже ослаблені за рахунок основного захворювання. Крім того, при застосуванні інфікованих компонентів крові, її препаратів безпосередньо в судинне русло вводиться надзвичайно висока доза інфекційного агента. Проблема

інфекційної безпеки компонентів та препаратів крові загострюється у зв'язку з відсутністю надійних та ефективних методів вірусінактивзації. Поширеність груп трансмісивних інфекцій серед населення земної кулі на сьогодні вражає. Особливо це стосується ВІЛ/СНІДу, вірусних гепатитів В, С, сифілісу, цитамегаловірусної інфекції (ЦМВ) тощо.

Пандемія ВІЛ/ СНІДу несе не тільки смерть людям, але завдає руйнівного удару соціальному та економічному розвитку країн. За останні 20 років у світі померло більше 25 млн людей, відколи з'явилися перші повідомлення про клінічне підтвердження синдрому набутого імунodefіциту людини. На планеті сьогодні проживає понад 40 млн осіб ВІЛ – інфікованих (2002 р.) серед них 2,7 млн дітей [2]. СНІД перемістився на четверте місце у світовій статистиці причин смерті. За даними експертів Глобальної програми ВООЗ, ВІЛ – інфекція у 3-5% поширюється через гемотрансфузію крові, її компонентів і препаратів крові та 0,01% з вини медичних працівників при проведенні ними різноманітних маніпуляцій хворим [2]. Інфікування реципієнтів ВІЛ при застосуванні компонентів крові складає в середньому 1 на кожні 1000 трансфузій. Хворі, які одержують більше 10 доз компонентів крові, підлягають у 30 разів більшому ризику зараження ВІЛ, ніж особи, які отримують менше 10 доз. Такий шлях передачі призводить у 100% випадків до інфікування реципієнта з подальшим розвитком захворювання. Інтервал між інфікуванням хворого шляхом гемотрансфузії і появою захворювання на СНІД становить в середньому 5 років [3]. Сьогодні питання інфікування ВІЛ 1/2 та захворювання на СНІД в Україні стоїть особливо гостро у зв'язку з тим, що епідеміологічна ситуація набрала

загрозливого характеру. Рівень інфікування населення виріс більше ніж у 80 разів порівняно з 1995 р. [2,3]. Статистичні показники проведеного скринінгу донорської крові переконливо свідчать про зростання поширеності ВІЛ-інфекції серед потенційних донорів України. За даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом (2002 р.) сьогодні із зареєстрованих в Україні 42 тис. 900 ВІЛ-інфікованих громадян у 2800 було діагностовано СНІД [2]. Причинами інфікування є:

- трансфузії необстеженої донорської крові та її компонентів;
- значна міграція донороздатного населення (25-45 р.) у пошуках роботи в країні світу, неблагополучні щодо СНІДу та інших інфекцій, що передаються через кров;
- необізнаність у користуванні індивідуальними засобами захисту при сексуальних контактах;
- зростання кількості ін'єкційних наркоманів, особливо серед молоді.

Близько 70% усіх ВІЛ-інфікованих в Україні - ін'єкційні наркомани [2].

Така ситуація не могла не вплинути на рівень інфікування ВІЛ, гепатитами В,С, сифілісом та іншими трансмісивними інфекціями осіб, які виявили бажання стати донорами крові та її компонентів.

За даними Центру з питань інфекційної безпеки донорської крові Інституту патології крові та трансфузійної медицини АМН України, поширеність трансмісивних інфекцій серед донорів крові України за період 1998-2002 рр. на 100 000 донацій має постійне зростання[2] (табл. 1).

**Таблиця 1. Поширеність гемотрансмісивних інфекцій серед донорів крові України за 1998-2002 рр. (на 100 000 донацій) (Гриза П.В., Мосейчук В.І., Новак В.Л. 2003 р.)**

Роки	Гемотрансмісивні інфекції			
	ВІЛ 1/2	Гепатит В	Гепатит С	Сифіліс
1998	69,8	1012,3	2134,2	428,4
1999	79,7	1140,7	2448,6	525,2
2000	84,6	1460,5	2478,9	598,9
2001	99,4	1245,0	2700,5	636,9
2002	94,6	1350,0	2921,6	1272,4

ВІЛ відноситься до тих інфекцій, для яких характерний довготривалий безсимптомний період, під час якого антитіла до ВІЛ не ідентифікуються, а сам вірусний антиген циркулює у крові потенційного донора. Випадки хибнонегативного результату ІФА можливі у періоді ранньої стадії захворювання, або в пізньому періоді хронічного вірусносійства, коли серологічна відповідь організму господаря істотно знижується. Переконавши доведена можливість трансмісії ВІЛ при застосуванні препаратів крові, що містять фактори згортальної системи, про що свідчить значний відсоток виявлених ВІЛ-антитіл у хворих на гемофілію з дефіцитом VIII і IX факторів (відповідно 74 та 39%) [4].

Сьогодні в закладах служби крові України обстеження донорської крові проводиться для виявлення маркерів ВІЛ/СНІДу, сифілісу, гепатитів В,С. Інші трансмісивні інфекції у закладах служби крові не тестуються. Ефективних методів вірусінактивзації компонентів та препаратів плазми крові в ЗСК України не має.

Пріоритетним напрямком державної політики України у сфері профілактики гемотрансмісивних інфекцій є здійснення заходів по забезпеченню гарантії безпеки донорства крові та її компонентів. Одним із таких заходів, рекомендованих Радою Європи, є впровадження в ЗСК карантинізації свіжозамороженої плазми (СЗП) із заборобою її використання протягом визначеного часу без повторного тестування донора на трансмісивні інфекції [5].

Незважаючи на широкий спектр кола думок спеціалістів служби крові України, більшість вважає за необхідне

проводити карантинізацію СЗП протягом 4 місяців при температурі мінус 30° С. Провідні спеціалісти служби крові Російської Федерації (РФ) Е.Б. Жибурт, О.В.Баранова, А.В. Вечерко та інші (2001 р.) рекомендують карантинізацію СЗП проводити протягом 6 місяців [6]. Рада Європи рекомендує режим карантинізації СЗП – 24 місяці при температурі мінус 30° С [7].

Пріоритетними напрямками забезпечення карантинізованою донорською СЗП є хворі на спадкові коагулопатії, реципієнти органів і тканин, педіатрія, акушерство.

Стан карантинізації СЗП у закладах служби крові (ЗСК) України в 2002 р. представлено в таблиці 2 [8].

Карантинізація СЗП запроваджена у 17 ЗСК України, що становить 62,9% усіх ЗСК. Термін карантинізації СЗП становить 3-4 місяці при температурному режимі – мінус 30° С. У решта 10 ЗСК (37,1%) карантинізація плазми не налагоджена через відсутність низькотемпературних холодильників, резервних площ.

Об'єми карантинізації СЗП, від заготовленої, в ЗСК України дуже різні – від 19,3 л (0,7%) у Чернівецькій ОСПК до 3622,5 л (47,3%) у Київському міському центрі крові. Середній показник карантинізації СЗП по Україні становить 8%, що є явно недостатнім і потребує негайного вирішення МОЗ України проблеми із забезпеченням СПК у достатній кількості низькотемпературним холодильним обладнанням.

У лікувальні заклади України у 2002 р. для трансфузій було видано 39% карантинізованої СЗП. При проведенні

Таблиця 2. Карантинізація свіжозамороженої плазми в ЗСК України у 2002 р.

№ п/п	АР Крим, області, міста	Знаходиться на карантинізації		Після карантинізації 4-х місяців			
		абс. число, л	у % до заготовленої	видано у ЛЗ		забраковано	
				абс. число, л	%	абс. число, л	%
1	АР Крим	1979,5	13,2	1781,2	39,0	0,8	0,04
2	Вінницька	140,7	1,5	75,0	3,5	4,9	3,5
3	Волинська	Не проводиться					
4	Дніпропетровська	525,3	3,5	433,2	82,5	14,1	2,7
5	Донецька	1060,5	5,9	501,3	47,3	4,5	0,9
6	Житомирська	Не проводиться					
7	Закарпатська	Не проводиться					
8	Запорізька	790,3	8,2	270,9	34,3	13,7	1,7
9	Івано-Франківська	Не проводиться					
10	Київська	700,0	9,4	0,0	0,0	0,5	0,1
11	Кіровоградська	Не проводиться					
12	Луганська	520,0	3,5	500,0	96,2	0,0	0,0
13	Львівська	Не проводиться					
14	Миколаївська	Не проводиться					
15	Одеська	949,6	17,5	208,9	22,0	64,2	6,8
16	Полтавська	Не проводиться					
17	Рівненська	953,4	45,6	886,4	93,0	0,0	0,0
18	Сумська	611,6	16,2	68,1	11,1	6,0	1,0
19	Тернопільська	706,0	25,6	0,0	0,0	0,0	0,0
20	Харківська	Не проводиться					
21	Херсонська	300,0	8,2	200,0	66,7	0,0	0,0
22	Хмельницька	365,9	4,6	0,0	0,0	12,8	3,5
23	Черкаська	490,0	13,5	0,0	0,0	0,0	0,0
24	Чернівецька	19,3	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0
25	Чернігівська	25,0	0,7	14,0	56,0	0,0	0,0
26	м. Київ	3622,5	47,3	424,1	11,7	1,0	0,03
27	м. Севастополь	Не проводиться					
<b>Україна</b>		<b>13759,6</b>	<b>8,0</b>	<b>5363,1</b>	<b>39,0</b>	<b>122,5</b>	<b>0,9</b>

повторного тестування донорів забраковано 122,5 л СЗП, що становить 0,9% від усієї карантинізованої СЗП. Для прикладу, в ЗСК РФ бракується в середньому 5,5% СЗП та знімається з карантинізації 11-14% плазми через неявку донорів на повторне обстеження [6].

Карантинізація СЗП потребує значних коштів, що призводить до збільшення її собівартості. Як показали економічні розрахунки, проведені у 24 ЗСК РФ, собівартість карантинізованої СЗП збільшується в середньому на 42,4% [6].

Для прискореного та ефективного впровадження у ЗСК України карантинізації СЗП, Інститутом патології крові та трансфузійної медицини АМН України розроблена низка нормативних документів:

1. Тимчасове положення про порядок карантинізації донорської плазми в установах та закладах служби крові України.

2. Тимчасова інструкція з проведення карантинізації донорської плазми на станціях переливання крові (СПК), центрах крові (ЦК), відділеннях заготівлі та переливання крові (ВЗПК) та відділеннях трансфузіології (ВТ) лікувальних установ.

3. Положення про відділення карантинізації плазми обласної (міської) станції переливання крові (СПК), центру крові (ЦК).

4. Методика повторного тестування донорів плазми на наявність маркерів трансмісивних інфекцій в установах та закладах служби крові України.

Застосування методу карантинізації СЗП з метою виключення можливості інфікування як через саму плазму, так і препарати, які виготовлені з неї, вимагає вирішення низки проблем.

По-перше, на обласних СПК та міських ЦК необхідно відкрити Відділення карантинізації СЗП та довготривалого зберігання клітин крові з наступним рекомендованим штатом медичних працівників:

– при карантинізації СЗП від 100 л до 1000 л – лікар-трансфузіолог та медична сестра – 0,5 посадового окладу;

– 1001-2500 л – завідувач відділенням, лікар-трансфузіолог – 1, лікар-трансфузіолог – 1, медична сестра – 1, медичний реєстратор – 0,5 посадового окладу;

– 2501-5000 л і більше – завідувач відділенням, лікар-трансфузіолог – 1, лікар-трансфузіолог – 1, лікар-лаборант – 1, медична сестра – 2, медичний реєстратор – 1, технік з обслуговування холодильного обладнання – 1.

По-друге, на сьогодні ЗСК не мають юридичного права на примусовий виклик донора для повторного лабораторного обстеження. Для вирішення цього питання необхідно внести відповідні зміни у “Закон України про донорство крові”. Це стосується оплати працюючому донору за день відвідування ЗСК (можливої оплати проїзду, якщо донор проживає на значній відстані від ЗСК тощо), а це буде вимагати значного фінансового забезпечення.

Часткове вирішення цієї проблеми – карантинізація СЗП заготовленої від активних (кадрових) донорів, які проживають у даному місті, районному центрі.

По-третє, відсутнє наукове і економічне обґрунтування переваги методу карантинізації та повторного обстеження крові донора методом ІФА над іншими методами верифікації ВІЛ-інфекції у донора до крові-плазмодачі (наприклад, полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР) та ДНК-зондові методи). ПЛР використовують для кількісної оцінки активності реплікації вірусу за кількістю вірусних РНК.

ДНК - зондові методи дозволяють виявляти ВІЛ1/2 у формі вірусу. Це особливо необхідно, коли тести на антитіла до ВІЛ 1/2 і антигени дають від’ємні результати, у “серонегативний період” захворювання.

У четвертих – впровадження методу карантинізації може створити штучний дефіцит плазми та її препаратів у ЗСК, об’єм заготівлі СЗП потрібно збільшити удвічі, а то і втричі. Одна частина СЗП буде направлятися на карантинізацію, друга – для випуску препаратів, третя для забезпечення трансфузій хворим у лікувальних закладах, що буде вимагати додаткових фінансових витрат. Вирішення

проблеми – це збільшення заготівлі СЗП закладами служби крові протягом 1,5 – 2 років та планомірна її карантинізація.

У п'ятих – не вирішена проблема із зразками донорської карантинізованої СЗП, якщо донори (звільнені у запас військовослужбовці, особи які виїхали у довготривалі відрядження, змінили місце проживання тощо) не прибули для повторного обстеження за викликом ЗСК, або лікувального закладу, а 6-ти місячний термін карантинізації закінчився. За таких обставин нагромадиться значна кількість СЗП у закладах служби крові, яка буде вимушено утилізована, що призведе до значних матеріальних та фінансових втрат.

На нашу думку, вирішення цієї проблеми – впровадження методів генотестування ВІЛ 1/2, вірусів гепатитів В,С пулів плазми, а у виробництво препаратів плазми – технологій вірусінактивності. При такому підході стає очевидним шлях переробки на препарати некарантинізованої та повторно не тестованої СЗП.

**ВИСНОВКИ** 1. Вирішення розглянутих проблем, пов'язаних з карантинізацією СЗП в закладах служби крові України, буде запобігти розповсюдженню трансмісивних інфекцій через донорську кров, її компоненти та препарати плазми крові. 2. Виникнення нових проблем, пов'язаних з

трансфузійною безпекою компонентів та препаратів плазми крові (наприклад, пріони) стверджують, що гемотерапія компонентами та препаратами донорської крові не може бути безпечною.

1. Гематологія і трансфузіологія: Підручник/ За ред. С.М. Гайдукової. – К.: ВПЦ "Три крапки", 2001 – С. 621-634.
2. Гриза П.В., Мосейчук В.І., Новак В.Л. Діагностика і профілактика трансмісивних інфекцій у донорстві крові, її компонентів й виготовлених з них препаратів // Інфекційні хвороби. – 2003. – № 3. С.52-56.
3. Новак В.Л., Гриза П.В., Вільхова Т.К. Інфекційна безпека донорської крові та шляхи її досягнення. // Інфекційні хвороби. – 2001. № 3. – С.5-10.
4. Безопасность концентратов факторов свертывания крови // Мат. XXIII конгресса Всемирной Федерации Гемофилии. Гаага, 17-21 мая 1998 г. – 35 с.
5. Жибурт Е.Б., Баранова О.В., Вечерко А.В., и др. К вопросу о карантинизации плазмы // Трансфузиология. – 2001. – №5 – С. 102-113.
6. Жибурт Е.Б., Вечерко А.В., Каюмова Л.И., Чемакин Ю.А., Вирон И.О. Анализ деятельности службы крови по карантинизации свежемороженой плазмы // Трансфузиология. – 2002. – № 4. – С. 49-53.
7. Діяльність закладів служби крові України в 2002 р. // Довідник. – К. – 2003. – 30 с.
8. Guide to the preparation, use and quality assurance of blood components. Recommendation № R (95) 15/ 7 th edition, Council of Europe, 2001. – 256 p.

Йулдашев Г.Й., Худайберганов З.Ю.

## ДІАГНОСТИКА Й ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ОДИНОКИХ ВЕЛИКИХ І ГІГАНТСЬКИХ УСКЛАДНЕНИХ ЕХІНОКОКОВИХ КІСТ ПЕЧІНКИ

Хорезмський обласний філіал Республіканського наукового центру екстреної медичної допомоги

ДІАГНОСТИКА Й ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ОДИНОКИХ ВЕЛИКИХ І ГІГАНТСЬКИХ УСКЛАДНЕНИХ ЕХІНОКОКОВИХ КІСТ ПЕЧІНКИ – Під спостереженням перебувало 510 хворих, прооперованих із приводу ехінококозу різних органів. На першому місці було ізольоване ураження печінки (60,4%). Відмічено, що найбільш раціональними методами ліквідації залишкової порожнини після ехінококэктомії є plombування шматком великого сальника чи завертання всередину порожнини мобільних країв кисти. До відкритого методу ліквідації залишкової порожнини та дренивання її варто звертатися вкрай рідко, коли закриті методи неможливі.

ДІАГНОСТИКА И ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОДИНОЧНЫХ БОЛЬШИХ И ГИГАНТСКИХ ОСЛОЖНЕННЫХ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ – Под наблюдением находилось 510 больных, оперированных по поводу эхинококкоза различных органов. На первом месте было изолированное поражение печени (60,4%). Отмечено, что наиболее рациональные методы ликвидации остаточной полости после эхинококэктомии – plombировка лоскутом большого сальника или вворачивание внутрь полости мобильных краев кисты. К открытому методу ликвидации остаточной полости и дренированию ее следует прибегать крайне редко, когда закрытые методы невозможны.

DIAGNOSTICS END OPERATION CURE OF SINGLE BIG AND GIGANTIC COMPLICATED ECHINOCOCCUS LIVER CYSTS 510 patients, operated by reason of echinococcosis of different organs were investigated. In first tracks was isolated damage of liver (60,4 %). It was marked, that the most rational liquidation methods of residual cavity after echinococctomia are stopping by piece of big stuffing-box or wrapping up in cavities of mobile edges of cyst. The open method of residual cavity liquidation and its drainage is advisable touse rarely, when the closed methods are impossible to be used.

**Ключові слова:** ехінококоз, печінка, діагностика, оперативне лікування.

**Ключевые слова:** эхинококкоз, печень, диагностика, оперативное лечение.

**Key words:** echinococcosis, liver, diagnostics, operation cure.

**ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ І АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ** Особливістю ехінококозу печінки в країнах Центральної Азії є значна кількість запущених, ускладнених форм. В Узбекистані ехінококоз зустрічається повсюди, однак найбільше поширення він має в північних районах [1].

У хірургічному відділенні Центральної міської лікарні м. Ургенча ехінококоз за частотою займає 4-е місце серед

інших хірургічних захворювань. На першому місці за локалізацією кіст знаходиться ехінококоз печінки (42,6%), а ускладнені форми цього захворювання зустрічаються в 34,1% випадків.

**МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ** Ми спостерігали протягом 10 років 510 хворих, прооперованих із приводу ехінококозу різних органів. Ізольоване ураження печінки ехінококовим паразитом спостерігалось в 308 (60,4%) з 510, у тому числі ускладнені одинокі великі і гігантські кісти печінки виявлені в 102 (33,1%). Великих кіст було 68, гігантських – 34. Кісти локалізувалися частіше в піддіафрагмальній ділянці (67) і рідше в нижній (21) чи передній (6) поверхні правої частки печінки. Ехінококоз лівої частки печінки був у 8 хворих.

Під великими ехінококовими кістами печінки мають на увазі кісти обсягом від 600 до 1500 мл, під гігантськими – 1500 мл і більше.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ** Розвиток ускладненої одинокої великої та гігантської ехінококової кісти печінки розглядають, як своєрідний показник низької реактивності організму. Ехінококоз у таких хворих проявляється чітко вираженими ознаками прогресуючого хронічного ендотоксикозу. Великі та гігантські кісти печінки характеризуються підвищенням внутрішньокістозного тиску (600,0±22,6) мм вод.ст., тому їх можна назвати не тільки напруженими, але і передперфоративними.

У формуванні одиноких великих і гігантських ехінококових кіст на перший план виступає принцип конкурентності в розвитку паразита, що виражається найчастіше у відсутності інших паразитарних кіст у ураженому чи в інших органах даного хворого [3].

У клінічній практиці великих і гігантських кіст печінки переважає виражена неспецифічна реакція організму у відповідь на інвазію. Загальний стан хворих важкий. Як правило, вони бліді, мляві, виснажені, відзначаються явища анемії: еритроцити (3,80±0,81)×10<sup>12</sup> гемоглобін (110,0±2,1) г/л, кольоровий показник 0,79±0,02, гематокрит (42,1±1,6)%.