Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Барои омӯзиши сабабҳои такроршавии ИШРБ, таҳлили омории маълумот аз сабти беморон гузаронида шуд. 50 нафар беморон омӯхта шуда, вобаста ба ҳолати такроршавии беморӣ ба 2 гурӯҳ тақсим карда шуданд. Дар гурӯҳи якум, 28 беморон (56,0%), ки инкишофи такрории ИШРБ доштанд. Ба гурӯҳи дуюм 22 нафар (44,0%) беморон шомил буданд, ки дар онҳо такрори беморӣ мушоҳида нашуд. Ин таҳлил имкон дод, ки омилҳои эҳтимолие, ки ба эҳтимолияти такроршавии ИШРБ таъсир мерасонанд, муайян карда шаванд ва баҳодиҳии самаранокии чораҳои табобатӣ, ки ба пешгирии такроршавӣ нигаронида шудаанд, арзёбӣ карда шаванд.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Омилҳои асосие, ки бо хатари такрории рушди ACS алоқаманданд, инҳоянд: мавҷудияти эпизодҳои сершумори ASC дар таърихи тиббӣ, баланд шудани сатҳи лейкоситҳо дар хун, набудани аломатҳои пневматози рӯдаи ғафс дар филмҳои рентгенӣ. бо монеъшавии рӯдаи хурд, миқдори зиёди таркиби меъда тавассути най ва гузариши сусти агенти контраст тавассути рӯдаҳои хурд. Ин нишондиҳандаҳо метавонанд ҳамчун пешгӯиҳои муҳим барои муайян кардани хатари такрори беморӣ ва зарурати дахолати иловагии тиббӣ хизмат кунанд.

Хулоса. Миқёсе, ки дар тадқиқоти мо барои арзёбии шиддатнокии раванди илтиёмӣ дар холигоҳи шикам истифода шудааст, самаранокии онро нишон дод. Дар асоси омилҳои муайяншуда системаи пешгӯии хатари такрори беморӣ пас аз табобати консервативӣ такмил дода шуд, ки самаранокии он 86% буд. Ин ба мо имкон медиҳад, ки истифодаи онро ҳангоми банақшагирии равишҳои муолиҷаи консервативӣ тавсия диҳем.

Калимаҳои калидӣ: илтиҳоби шадиди рӯдаҳои борик, адгезияҳо, такроран, омилҳои хавф, табобати консервативӣ.

УДК 616.24-002.951.21-022-089 **doi: 10.52888/0514-2515-2024-363-4-37-46**

Х.И. Ибодзода[1], М.А. Орипов[2], Р.Р. Рофиев[2], Т.Ш. Икроми[2,3]

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ИНФИЦИРОВАННЫХ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ЛЁГКИХ У ДЕТЕЙ

[1]НОУ Медико-социальный институт Таджикистана

[2]ГОУ Институт последипломного образования в сфере здравоохранение Республики Таджикистан

[3]ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗ СЗН РТ

Икроми Т.Ш. – *д.м.н., доцент, директор ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии»; Тел.: +992888801501; E-mail: ikromov0368@mail.ru*

Цель исследования. *Оптимизация диагностики, лечения и профилактики послеоперационных осложнений у детей с инфицированными эхинококковыми кистами лёгких, осложнённых прорывом в бронх или плевральную полость.*

Материал и методы исследования*. Проведён анализ результатов диагностики и лечения инфицированных эхинококковых кист лёгких, вскрывшихся в бронх и плевральную полость, у 120 детей. В зависимости от размеров и объёма эхинококковых кист были диагностированы следующие группы: малые – 22 (18,3%), средние – 56 (46,7%), большие – 24 (20,0%) и гигантские – 18 (15,0%). Прорыв в плевральную полость выявлен у 17 (14,2%) пациентов, прорыв в бронх — у 103 (85,8%), а перикистозное воспаление — у 32 (26,7%). У 15 (12,5%) детей паразитарные кисты имели двустороннее поражение, а у 13 (10,8%) диагностирован сочетанный эхинококкоз (печень + лёгкие). Диагностика осуществлялась с применением клинико-лабораторных исследований, рентгенографии, компьютерной томографии (КТ) и мультиспиральной компьютерной томографии с 4D-изображениями, а также функциональных методов исследования.*

Результаты исследования и их обсуждение. *После верификации диагноза целенаправленная предоперационная подготовка была проведена у 89 больных основной группы. Её целью являлось снижение интоксикации, уменьшение аллергизации организма и ослабление воспалительного процесса в бронхолёгочной системе. Оперативное лечение включало ликвидацию остаточной полости фиброзной капсулы с созданием междолевой или межсегментарной щели (74 случая), а также выполнение субтотальной перицистэктомии.*

Выводы. *При выборе интенсивной терапии учитывается характер воспалительных процессов и степени эндогенной интоксикации. Выбор способов ликвидации остаточной полости фиброзной капсулы осуществляется в зависимости от размера остаточной полости фиброзной капсулы кисты, индивидуально для каждого больного.*

Ключевые слова: *эхинококковые кисты легких, дети, послеоперационные осложнения, бронх.*

H.I. Ibodzoda[1], M.A. Oripov[2], R.R. Rofiev[2], T.Sh. Ikromi[2,3]

A DIFFERENTIATED APPROACH TO THE TREATMENT OF INFECTED HYDATID CYSTS OF THE LUNGS IN CHILDREN

[1]Non-State Educational Institution of Medical and Social Institute of Tajikistan
[2]State Educational Institution of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan
[3]State Institution "Republican Scientific and Clinical Center of Pediatrics and Pediatric Surgery" of the Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan

Ikromi T.Sh. *– Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Director of the State Institution "Republican Scientific and Clinical Center of Pediatrics and Pediatric Surgery"; Tel.: +992888801501; E-mail: ikromov0368@mail.ru*

Aim of the study. *To optimize the diagnosis, treatment, and prevention of postoperative complications in children with infected hydatid cysts of the lungs complicated by rupture into the bronchus or pleural cavity.*

Materials and methods. *The study analyzed the results of diagnosis and treatment of infected hydatid cysts of the lungs that had ruptured into the bronchus and pleural cavity in 120 children. Depending on the size and volume of the hydatid cysts, the following groups were diagnosed: small – 22 (18.3%), medium – 56 (46.7%), large – 24 (20.0%), and giant – 18 (15.0%). Rupture into the pleural cavity was identified in 17 (14.2%) patients, rupture into the bronchus in 103 (85.8%), and pericystic inflammation in 32 (26.7%). In 15 (12.5%) children, parasitic cysts involved both lungs, while in 13 (10.8%) combined echinococcosis (liver + lungs) was diagnosed. Diagnosis was carried out using clinical and laboratory studies, radiography, computed tomography (CT), multislice CT with 4D imaging, and functional diagnostic methods.*

Results and discussion. *After confirming the diagnosis, targeted preoperative preparation was performed in 89 patients from the main group. The preparation aimed to reduce intoxication, decrease allergic sensitization, and alleviate inflammatory processes in the bronchopulmonary system. Surgical treatment involved the elimination of the residual cavity of the fibrous capsule by creating an interlobar or intersegmental fissure (74 cases), as well as performing subtotal pericystectomy.*

Conclusions. *The choice of intensive therapy considers the nature of inflammatory processes and the degree of endogenous intoxication. The method for eliminating the residual cavity of the fibrous capsule is determined based on the size of the residual cavity and is tailored individually for each patient.*

Keywords: *hydatid cysts of the lungs, children, postoperative complications, bronchus.*

Введение. У детей паразитарные кисты обладают способностью быстро расти и за относительно короткий срок достигают значительных размеров (22%). В связи с этим, согласно литературным данным, такие кисты нередко приводят к перфорации и нагноению (31%) [1, 2]. Инфицированность и, как следствие, их вскрытие в бронхи и плевральную полость являются наиболее тяжелыми осложнениями (60–75%) [3, 4]. В лечении инфицированных эхинококковых кист, осложненных прорывом в бронхи и плевральную полость, достигнуты значительные успехи, однако процент осложнений в ближайшем послеоперационном периоде остается высоким и составляет до 25% [5–7]. Следует отметить, что для своевременной диагностики и лечения нагноившихся эхинококковых кист легких у детей на сегодняшний день решены многие проблемы [1–8].

Нерешённым остаётся вопрос о причинах вскрытия эхинококковой кисты в бронх или её прорыва в плевральную полость. Что именно является фактором прорыва эхинококковой кисты: первичная инфицированность или травма, а затем её вскрытие в бронх или плевральную полость? Зависит ли прорыв эхинококковой кисты от её размеров? Ответы на эти вопросы мы попытались найти в нашем исследовании.

В лечении инфицированных эхинококковых кист лёгких у детей, вскрывшихся в бронх или плевральную полость, главенствующую роль играет проведение комплексной предоперационной подготовки. Подход к подготовке определяется давностью заболевания, тяжестью его течения,

выраженностью обструктивного синдрома и внутригрудного напряжения [2–8].

Цель исследования. Оптимизация диагностики, лечения и профилактики послеоперационных осложнений у детей с инфицированными эхинококковыми кистами лёгких, осложнённых прорывом в бронх или плевральную полость.

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты диагностики и лечения инфицированных эхинококковых кист лёгких, вскрывшихся в бронх и/или плевральную полость, у 120 детей. Возрастная структура пациентов: от 2 до 5 лет — 7 детей (5,8%), от 6 до 9 лет — 55 (45,8%), от 10 до 13 лет — 32 (26,7%), от 14 до 17 лет — 26 (21,7%). Эхинококковые кисты нижней доли правого лёгкого зарегистрированы у 81 (67,5%) пациента. В зависимости от размеров и объёма эхинококковых кист установлено: малые кисты — у 22 (18,3%) пациентов, средние — у 56 (46,7%), большие — у 24 (20,0%), гигантские — у 18 (15,0%). Прорыв паразитарной кисты в плевральную полость наблюдался у 17 (14,2%) детей, в бронх — у 103 (85,8%), перикистозное воспаление — у 32 (26,7%). Все кисты до осложнений были инфицированными; перед инфицированием пациенты перенесли вирусные инфекции. У 15 (12,5%) детей поражение паразитарными кистами было двусторонним, у 13 (10,8%) диагностирован сочетанный эхинококкоз (печени и лёгких). У 91 (75,8%) из 120 детей эхинококковые кисты были односторонними одиночными, у 29 (24,2%) — множественными двухсторонними. В зависимости от начала развития осложнений, в первые сутки поступили 20 (16,7%) детей, до 7 дней — 32 (26,7%), до 30 дней — 28 (23,3%) и позже месяца — 40 (33,3%) пациентов. При поступлении состояние больных оценивалось как удовлетворительное у 7 (5,8%), средней тяжести — у 55 (45,8%) и тяжёлое — у 58 (48,3%).

С учётом способа ведения и лечения дети с эхинококковыми кистами лёгких, осложнёнными инфицированием, были разделены на две группы. Основную группу составили 89 (74,2%) детей, которым проводилось лечение по разработанным коллективом авторов методикам ведения пациентов в предоперационном, интра- и послеоперационном периодах, а также по разработанным способам хирургического лечения инфицированных и осложнённых эхинококковых кист лёгких. Во вторую (контрольную) группу вошёл 31 (25,8%) пациент, которым применялись традиционные методы ведения и лечения. Диагностика осуществлялась методами клинико-лабораторных исследований, рентгенографии органов грудной клетки (в двух

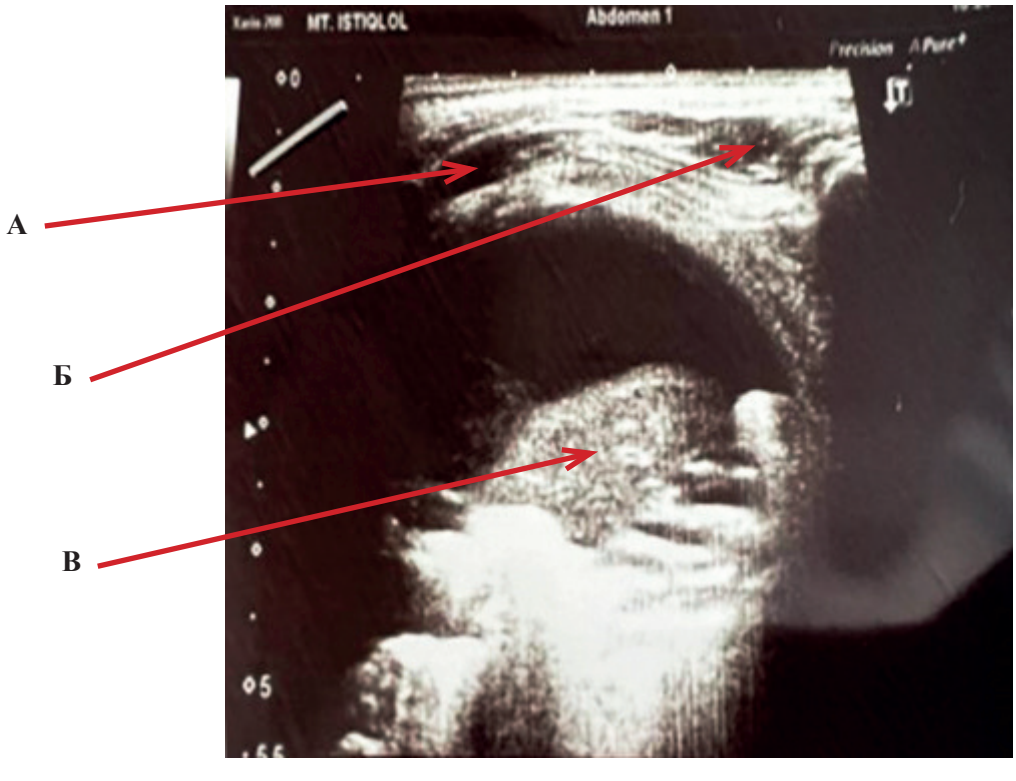

Рисунок 1. Ультразвуковая картина нагноившейся большой эхинококковой кисты правого легкого до прорыва в бронх: а - нагноение лимфоидной прослойки кисты, б – перифокальное воспаление, в - гиперэхогенная взвесь в полости кисты.

проекциях), компьютерной томографии (КТ) и, при необходимости, мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) с 4D-изображением, а также функциональными методами исследования.

Результаты исследования и их обсуждение. У больных при поступлении отмечались кашель с выделением мокроты, субфебрильная температура тела, незначительные болевые ощущения в поражённой половине грудной клетки. При прорыве эхинококковой кисты в плевральную полость у детей наблюдалась клиническая картина дыхательной недостаточности. Проявления дыхательной недостаточности отмечались у 47 (39,1%) больных. У пациентов с нагноением эхинококковой кисты и её прорывом в бронх до поступления наблюдались вирусная инфекция, кашель с выделением мутной жидкости. Картина хронической гнойной интоксикации была выражена у 104 (86,7%) детей. Независимо от прорыва эхинококковых кист в бронх или плевральную полость, аллергическая реакция отмечалась всего у 3 детей.

У 116 (96,7%) больных при УЗИ лёгких были диагностированы инфицированные эхинококковые кисты. При этом у 48 (40,0%) больных выявлен двойной контур кисты по периферии, наличие гиперэхогенной взвеси в лимфоидном прослойке и в полости кисты (рис. 1). Все эти данные были характерными для нагноения кисты.

ЭК по размеру (диаметр) остаточной полости (ОП) инфицированных осложнённых эхинококковых кист лёгких разделены следующим образом: малые (диаметр до 6 см) — 16 (13,4%); средние (диаметр ОП 7–10 см) — 40 (33,4%); большие (диаметр ОП 11–15 см) — 35 (29,1%); гигантские (диаметр ОП 16–20 см и более) — 29 (24,1%).

У 9 (7,5%) детей с прорывом эхинококковых кист лёгких в плевральную полость развивались напряжённый гидропневмоторакс и внутрилёгочное напряжение с клапанным механизмом, что способствовало уменьшению дыхательной поверхности лёгкого. В этих случаях по экстренным показаниям для снятия напряжения выполнялись дренирование и аспирация содержимого плевральной полости. У 5 больных в связи с синдромом обструкции выполнялась бронхоскопия.

При УЗ-исследованиях у 52 из 103 детей с нагноившимися эхинококковыми кистами, осложнёнными вскрытием в бронх, была выявлена характерная ультразвуковая картина, которая включала наличие гиперэхогенных включений с акустической тенью в виде пузырьков воздуха.

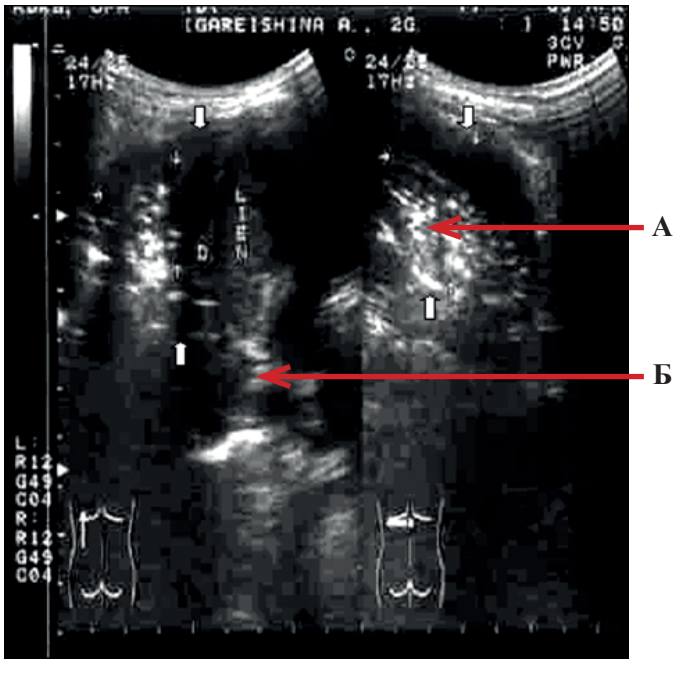

Рисунок 2. УЗИ легкого: а - скопление гноя в полости фиброзной капсулы; б - гнойное расплавление хитиновой оболочки.

Фиброзная капсула имела толщину до 2,5 ± 0,4 мм (рис. 2).

При самопроизвольном вскрытии нагноившейся эхинококковой кисты в плевральную полость у

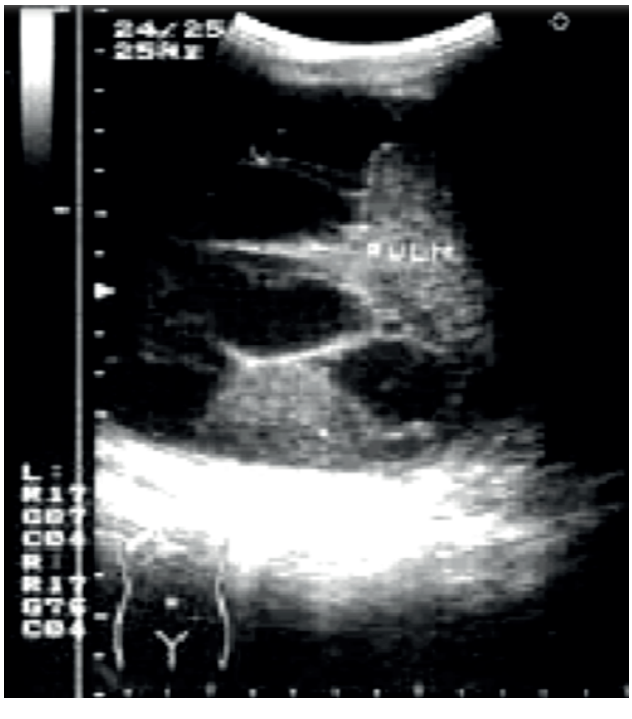

Рисунок 3. УЗИ картина прорыва эхинококковой кисты в плевральную полость с развитием эмпиемы плевры и гнойного расплавления хитиновой оболочки.

17 больных ультразвуковое исследование выявило эхинококковые кисты неправильной овальной формы с неровными контурами, а также наличие свободной жидкости и нитей фибрина в рёберно-диафрагмальном синусе (рис. 3).

В сомнительных случаях и с целью дифференциальной диагностики у 50 (32,9%) пациентов проводилась компьютерная томография. Этот метод исследования был выполнен у 42 детей с односторонними эхинококковыми кистами лёгких и у 8 с двухсторонним поражением (рис. 4).

После верификации диагноза целенаправленная предоперационная подготовка была проведена у 89 больных основной группы, целью которой являлось снижение интоксикации, уменьшение аллергизации организма и снижение воспалительного процесса в бронхолёгочной системе. В связи с этим были проведены бронхоскопические исследования. Бронхологическое исследование у всех больных выявило картину эндобронхита. При выполнении бронхоскопии проводилась санация трахеобронхиального дерева: аспирация бронхиального секрета, извлечение обрывков хитиновой оболочки, лаваж бронхов антисептическим раствором, введение лекарственных препаратов. У 22 (32,3%) детей во время выполнения бронхоскопии выявили обтурацию бронхов гнойными пробками и фрагментами хитиновой оболочки. Также был диагностирован катаральный эндобронхит у 22 (32,3%) детей. Катаральный эндобронхит проявлялся гиперемией слизистой бронхов, нечётким сосудистым рисунком, однако воспалительный процесс не выходил за пределы долевых и сегментарных бронхов. Дифузно-локализованный гнойный эндобронхит был диагностирован у 4 (5,8%) больных. Бронхоскопическая картина дифузно-локализованного гнойного эндобронхита характеризовалась значительно выраженной гиперемией слизистой оболочки бронхов, её отёчностью, сглаженностью контуров шпор и хрящевого рельефа бронхов, умеренным или обильным гнойным выделением. Гнойный эндобронхит был диагностирован у 42 (61,7%) детей.

В качестве протеолитических препаратов при санации трахеобронхиального дерева использовали ферменты (трипсин, химотрипсин). При нарушении дренажной функции бронхов назначались муколитики, парокислородные ингаляции с лекарственными травами и постуральный дренаж. Частота и объём бронхоскопии с целью санации зависели от вида и распространения эндобронхита; в среднем их выполняли от одной до четырёх процедур. Эффективность санационной бронхоскопии оценивалась по уменьшению одышки, устранению цианоза, снижению интоксикации, нормализации температуры тела, уменьшению кашля и объёма выделяемой мокроты (59–86,7%).

У 68 (56,7%) из 120 пациентов была проведена санационная бронхоскопия с применением муколитиков и антибиотиков (в соответствии с чувствительностью микрофлоры). У 10 из 17 больных с прорывом инфицированной эхинококковой кисты в плевральную полость были диагностированы хроническая эмпиема плевры и функционирующий бронхоплевральный свищ. Для проведения эффективной терапии после идентификации возбудителей инфекции у детей была исследована их чувствительность к антибиотикам. Изучали бактериальную флору зева, мокроты и гноя из полости кисты. При этом в 45,5% случаев была выявлена смешанная микрофлора, стафилококки — в 32,3%, стрептококки — в 20,4%, а в 1,8% случаев роста не наблюдалось.

У 79 (65,8%) посевов микрофлора оказалась высокочувствительной к аминогликозидам и це-

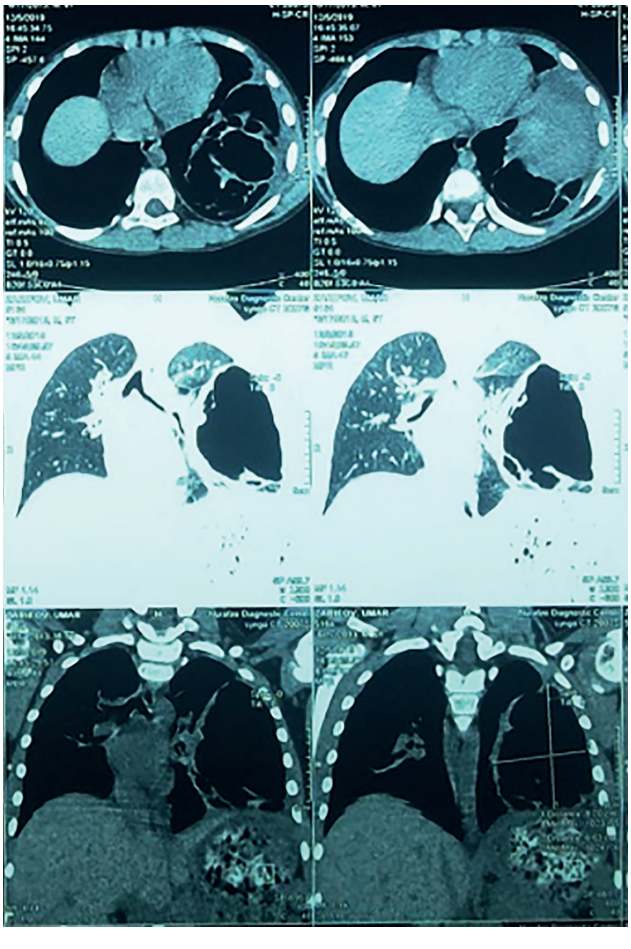

Рисунок 4. КТ вскрывшейся эхинококковой кисты в бронх

фалоспоринам. У 45 (37,5%) посевов выявлена слабая чувствительность микрофлоры к препаратам пенициллинового ряда. Квантовая терапия использовалась как один из методов повышения эффективности лечебной бронхоскопии.

В предоперационном периоде, помимо инфузионно-детоксикационной терапии и коррекции нарушений гомеостаза, проводилось лечение антигельминтным химиопрепаратом альбендазолом.

Оперативное лечение инфицированных кист, вскрывшихся в бронх и/или плевральную полость, больших и гигантских размеров у детей включало методы ликвидации остаточной полости фиброзной капсулы (ЛОПФК) с созданием междолевой или межсегментарной щели (74 случая) либо с образованием трёх или четырёх лоскутов для полной ликвидации образующейся вогнутой поверхности (рис. 5–6). У 26 больных была выполнена

Рисунок 5. Большая нагноившийся и вскрывшаяся в плевральную полость эхинококковая киста легкого. Создание 4 лоскутов для ликвидации остаточной полости

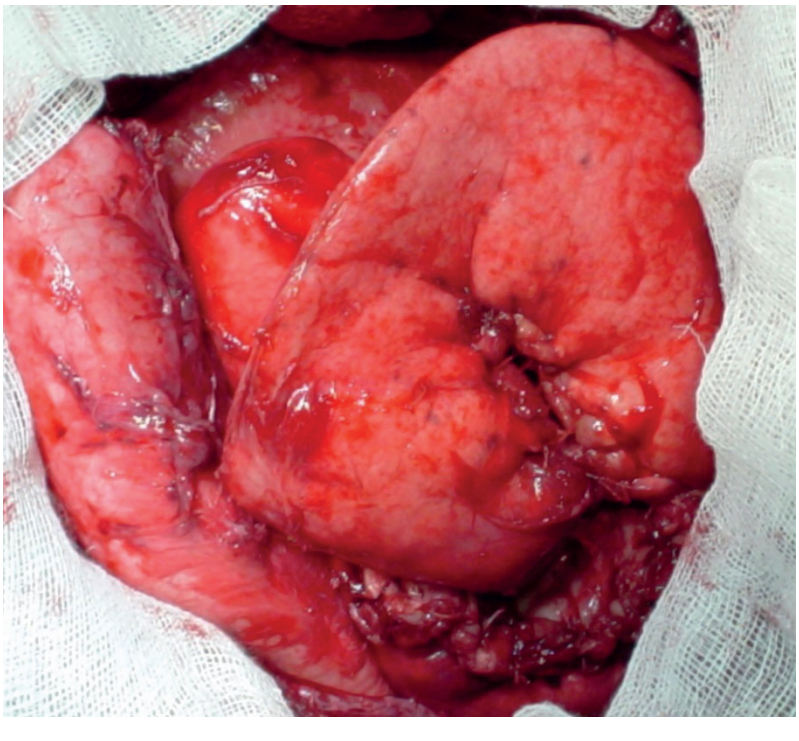

Рисунок 6. Состояние легкого после ликвидации остаточной полости созданием межсегментарной щели

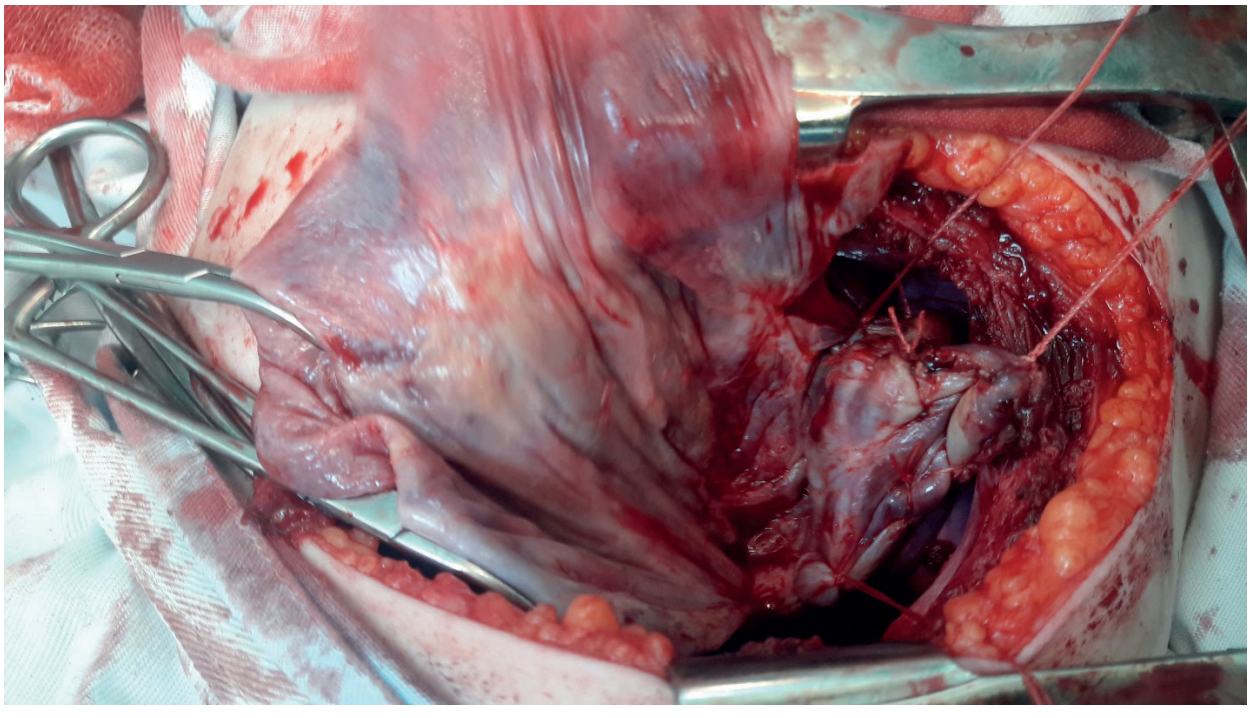

Рисунок 7. Гигантская эхинококковая киста легкого (этапы субтотальной перицистэктомии с формированием искусственные межсегментарные щели).

субтотальная перицистэктомия, у 3 — атипичная резекция лёгкого, у 1 — лобэктомия.

У 18 детей основной группы с гигантскими инфицированными кистами применялась методика субтотального удаления фиброзной капсулы и создания междолевой и/или межсегментарной щели (рис. 7). У 56 больных контрольной группы выполнялась ликвидация остаточной полости фиброзной капсулы (ЛОПФК) по методу А.Т. Пулатова. Все пациенты после операции проходили три курса лечения альбендазолом, каждый из которых длился 30 дней, с 30-дневным перерывом между курсами, в дозе 15 мг/кг массы тела. В процессе приёма альбендазола больным назначались гепатопротекторы.

Сравнительный анализ результатов лечения основной группы проводился с контрольной группой пациентов, у которых антипаразитарная терапия при инфицированных эхинококковых кистах лёгкого, вскрывшихся в бронх или плевральную полость, проводилась после выполнения хирургического лечения.

Применение комплексного лечения детей с инфицированными эхинококковыми кистами лёгких показало высокую эффективность. В ходе наблюдения в отдалённом периоде после лечения (срок наблюдения — 5 лет) рецидивов заболевания не выявлено. Эффективность комплексного лечения (хирургического и консервативного) оценивалась по жалобам пациентов, общему состоянию, а также показателям клинико-лабораторных, биохимических, иммунологических, ультразвуковых и рентгенологических исследований. В ближайшем послеоперационном периоде осложнения у детей с инфицированными эхинококковыми кистами лёгких наблюдались у 8 (7,6%) пациентов: бронхиальный свищ — у 3, пневмоторакс — у 2, ателектаз лёгкого — у 3. Бронхиальные свищи самостоятельно закрылись в течение 2 недель. При пневмотораксе выполняли дополнительное дренирование плевральной полости по среднеключичной линии в третьем межрёберье. При ателектазе лёгкого проводилась санационная бронхоскопия, после которой лёгкое расправлялось. В контрольной группе осложнения в ближайшем послеоперационном периоде отмечались у 3 (9,6%) пациентов, а в отдалённом периоде также у 3 (9,6%) пациентов. В основной группе рецидивов заболевания в отдалённом периоде не наблюдалось.

Обсуждение. Лечение больных с инфицированными и вскрывшимися в бронх или плевральную полость эхинококковыми кистами лёгких у детей является сложным и трудоёмким процессом. В литературе упоминаются осложнённые эхинококковые кисты лёгких и развитие аллергической реакции при прорыве кисты в бронх или плевральную полость. Кроме того, отмечается возможность обсеменения при осложнённых эхинококковых

Таблица 1

Схема реабилитационной терапии детей с нагноившимися и вскрывшимися в бронх или плевральную полость эхинококковыми кистами лёгкого

Наименование препаратов и лечебных мероприятий	Курс лечения, дни	
	I	II III
Алоэ (ФиБС), 1,0 п/к	30	30 -
Калия оротат (инозин)	15	- 15
Метилурацил (пентоксил)	-	15
Лазеротерапия (квантовая)	10	- 10
Магнитотерапия	-	10 -
Парокислородная фитоингаляция	10	10 10
Циклоферон по схеме	10-12	- 10
Албендазол, 12 мг/кг	28	28 28
ЛФК	+	+ +

* Перерыв между курсами составляет 30 дней.

кистах лёгких (1). Однако в литературе отсутствуют данные о том, что первоначально происходит инфицирование кисты, затем её нагноение, а впоследствии прорыв в бронх или плевральную полость. Это было доказано нами в ходе исследования и лечения.

Наши исследования показали, что у детей после перенесённой вирусной инфекции происходит инфицирование эхинококковой кисты. На начальных этапах наблюдается нагноение лимфоидной прослойки, затем нагноение самой кисты, что подтверждено данными ультразвуковых наблюдений. При нагноении кисты происходит разрушение хитиновой оболочки, а затем фиброзной капсулы, что приводит к прорыву эхинококковой кисты в бронх или плевральную полость. Однако обсеменение эхинококка в бронх или плевральную полость не происходит. При микроскопическом исследовании гнойной жидкости Echinococcus granulosus не выявлен.

Достоверность рентгенологических методов исследования при инфицированных и/или нагноившихся эхинококковых кистах лёгких у детей составляет 95% случаев. В связи с этим для уточнения диагноза рентгенологические методы должны сочетаться с другими методами исследования. Компьютерная томография (КТ) предоставляет объективную картину состояния лёгких и органов средостения. При КТ определяются полостные образования с чёткими, ровными контурами в ткани лёгкого, их объём и локализация. Преимущество компьютерной томографии по сравнению с другими рентгенологическими методами заключается в возможности получить точную характеристику патологических образований: их локализацию, протяжённость, отношение к соседним органам и сосудам. Исследование доказало, что прорыв эхинококковых кист в бронх или плевральную полость не зависит от их размера, а обусловлен первоначально нагноением кисты, за которым следует её прорыв.

Лечение инфицированных эхинококковых кист лёгких у детей, осложнённых прорывом в бронх или плевральную полость, должно быть направлено на профилактику интра- и послеоперационных осложнений и улучшение качества жизни.

Лечение в предоперационном периоде проводится с учётом нарушения функции лёгких, синдрома обструкции и нарушений гомеостаза.

У детей интенсивная терапия осуществляется в два этапа: неотложный и комплексный. Неотложная интенсивная терапия направлена на ограничение распространения воспалительного процесса, снижение эндогенной интоксикации (ЭИ), предотвращение аллергических реакций, а также предупреждение синдромов напряжённого пневмоторакса, внутрикистозного напряжения, уменьшения дыхательной поверхности лёгких и нарушений гомеостаза.

Комплексная терапия должна охватывать различные аспекты патологического процесса, с учётом характера заболевания, степени нарушения дыхательной функции и изменений гомеостаза. Этот комплекс может быть адаптирован в зависимости от индивидуальных особенностей пациента.

При развитии внутриплеврального и/или внутрилёгочного напряжения с клапанным механизмом и уменьшением дыхательной поверхности лёгких терапия должна быть направлена на снятие напряжения, дренирование плевральной полости, аспирацию гноя, жидкости и скопившегося воздуха. При обструктивном синдроме и синдроме

сброса показана бронхоскопия для временной окклюзии бронхиальных фистул и удаления обрывков хитиновой оболочки.

Удаление эхинококковых кист в основном проводится открытым способом с ликвидацией остаточной полости фиброзной капсулы (ЛОПФК). Этот метод включает создание междолевой или межсегментарной щели, модифицированной путём образования трёх или четырёх лоскутов, что обеспечивает полную ликвидацию образующихся вогнутых поверхностей. Практика показала, что метод ЛОПФК по А.Т. Пулатову не всегда эффективен, так как при воспалительно изменённой фиброзной капсуле больших и гигантских эхинококковых кист после эхинококкэктомии остаётся вогнутая поверхность, что впоследствии приводит к образованию непаразитарной кисты.

Поэтому внедрение в практику эхинококкэктомии инфицированных больших и гигантских кист лёгких целесообразно проводить с созданием трёх или четырёх лоскутов и выполнением максимально субтотальной перицистэктомии.

Выводы. Интенсивная терапия детей с инфицированными эхинококковыми кистами лёгких, осложнёнными прорывом в бронх или плевральную полость, проводится дифференцированно и индивидуально в зависимости от вида осложнений. При выборе интенсивной терапии учитываются характер воспалительных процессов и степень эндогенной интоксикации. Выбор методов ликвидации остаточной полости фиброзной капсулы зависит от её размера и индивидуальных особенностей пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахмадзода С.М. Хирургическое лечение сочетанного эхинококкоза печени и легких / С.М. Ахмадзода, А.Т. Хомидов, Ф.Ш. Рашидов, Х.О. Бобоев, Б.Д. Сафаров // Здравоохранение Таджикистана. - 2023. - №2. - С. 29-37.

2. Баходуров Дж.Т. Ультразвуковое сканирование как эффективный способ диагностики экссудативных плевритов у детей / Дж.Т. Баходуров, Х.И. Ибодов, Р.Р. Рофиев, С.К. Асадов, М.С. Нуров // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - 2015. - №2. - С. 18-21.

3. Ибодов Х.И. Выбор метода хирургического лечения детей с эхинококкозом легких / Х.И. Ибодов, А.М. Шарипов // Детская хирургия. - 2010. - №6. - С. 18-23.

4. Мыкыев К.М. Гнойные осложнения эхинококкоза легких у детей / К.М. Мыкыев, Т.О. Омурбеков, А.Ж. Самсалиев, К.Б. Молдоисаев // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. - 2015. - Т. 5, №1. - С. 78-81.

5. Пулатов А.Т. Эхинококкоз в детском возрасте. - М.: Медицина, 2004. - 224 с.

6. Шамсиев А.М. Отдаленные результаты лечения эхинококкоза печени и легких у детей / А.М. Шамсиев, Ж.А. Шамсиев, У.Б. Гаффаров // Детская хирургия. - 2008. - №5. - С. 46-48.

7. Шангареева Р.Х. Рецидив эхинококкоза легкого у детей / Р.Х. Шангареева, Ш.С. Ишимов // Хирургия им. Н.И. Пирогова. - 2012. - №3. - С. 18-24.

8. Шарипов А.М. Тактика хирургического лечения при вскрывшейся в бронх эхинококковой кисты лёгкого / А.М. Шарипов, Х.А. Шамсзода, Ю.А. Акбаров, С.А. Мазабшоев, А.Р. Зоиров // Детская хирургия. - 2020. - Т. 24, №6. - С. 409-412.

9. Шевченко Ю.Л. Хирургическое лечение эхинококкоза легких / Ю.Л. Шевченко, Ф.Г. Назиров, Ю.А. Аблицов, Ш.М. Худайбергенов, Г.Х. Мусаев, В.И. Василашко, А.Ю. Аблицов // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. - 2016. - Т. 11, №3. - С. 14-23.

10. Хаджибаев А.М. Диагностика и хирургическое лечение осложненной формы эхинококкоза легких / А.М. Хаджибаев, Р.О. Рахманов, У.Х. Вахидов, Ф.Б. Шокиров // Вестник экстренной медицины. - 2015. - №1. - С. 4-9.

REFERENCES

1. Akhmadzoda S.M., Khomidov A.T., Rashidov F.Sh., Boboev Kh.O., Safarov B.D. Khirurgicheskoe lechenie sochetannogo ekhinokokkoza pecheni i legkikh [Surgical treatment of combined echinococcosis of the liver and lungs]. *Zdravookhranenie Tadzhikistana - Healthcare of Tajikistan,* 2023, No. 2, pp. 29-37.

2. Bakhodurov Dzh.T., Ibodov H.I., Rofiev R.R., Asadov S.K., Nurov M.S. Ultrazvukovoe skanirovanie kak effektivniy sposob diagnostiki ekssudativnykh plevritov u detey [Ultrasound scanning as an effective method for diagnosing exudative pleuritis in children]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya - Herald of the Institute of Postgraduate Education in Health Sphere,* 2015, No. 2, pp. 18-21.

3. Ibodov Kh.I., Sharipov A.M. Vybor metoda khirurgicheskogo lecheniya detey s ekhinokokkozom legkikh [Selection of the surgical treatment method for children with pulmonary echinococcosis]. *Detskaya khirurgiya - Pediatric Surgery,* 2010, No. 6, pp. 18-23.

4. Mykyev K.M., Omurbekov T.O., Samsaliev A.Zh., Moldoisaev K.B. Gnoynye oslozhneniya ekhinokokkoza legkikh u detey [Purulent complications of pulmonary echinococcosis in children]. *Rossiyskiy vestnik detskoy khirurgii, anesteziologii i reanimatologii - Russian Journal of Pediatric Surgery, Anesthesia and Intensive Care,* 2015, Vol. 5, No. 1, pp. 78-81.

5. Pulatov A.T. Ekhinokokkoz v detskom vozraste [Echinococcosis in childhood]. Moscow, Meditsina Publ., 2004. 224 p.

6. Shamsiev A.M., Shamsiev Zh.A., Gaffarov U.B. Otdalennye rezultaty lecheniya ekhinokokkoza pecheni i legkikh u detey [Long-term results of the treatment of echinococcosis of the liver and lungs in children]. *Detskaya khirurgiya - Pediatric Surgery,* 2008, No. 5, pp. 46-48.

7. Shangareeva R.Kh., Ishimov Sh.S. Retsidiv ekhinokokkoza legkogo u detey [Recurrence of pulmonary echinococcosis in children]. *Khirurgiya im. N.I. Pirogova - Pirogov Russian Journal of Surgery,* 2012, No. 3, pp. 18-24.

8. Sharipov A.M., Shamszoda Kh.A., Akbarov Yu.A., Mazabshoev S.A., Zoirov A.R. Taktika khirurgicheskogo lecheniya pri vskryvsheysya v bronkh ekhinokokkovoy kisty lyogkogo [Surgical treatment tactics for ruptured pulmonary hydatid cysts in the bronchus]. *Detskaya khirurgiya - Pediatric Surgery,* 2020, Vol. 24, No. 6, pp. 409-412.

9. Shevchenko Yu.L., Nazirov F.G., Ablitsov Yu.A., Khudaybergenov Sh.M., Musaev G.Kh., Vasilashko V.I., Ablitsov A.Yu. Khirurgicheskoe lechenie ekhinokokkoza legkikh [Surgical treatment of pulmonary echinococcosis]. *Vestnik Natsionalnogo mediko-khirurgicheskogo tsentra im. N.I. Pirogova - Bulletin of Pirogov National Medical and Surgical Center,* 2016, Vol. 11, No. 3, pp. 14-23.

10. Khadzhibaev A.M., Rakhmanov R.O., Vakhidov U.Kh., Shokirov F.B. Diagnostika i khirurgicheskoe lechenie oslozhnennoy formy ekhinokokkoza legkikh [Diagnosis and surgical treatment of complicated pulmonary echinococcosis]. *Vestnik ekstrennoy meditsiny - Bulletin of Emergency Medicine,* 2015, No. 1, pp. 4-9.

ХУЛОСА

Ҳ.И. Ибодзода, М. Орипов, Р.Р. Рофиев, Т.Ш. Икромӣ

МУНОСИБАТИ ДИФФЕРЕНСИАЛИИ ТАБОБАТИ КИСТАҲОИ МУРАККАБИ ШУШИ ЭХИНОКОККӢ ДАР КӮДАКОН

Мақсади омӯзиш. Оптимизатсияи ташхис, табобат ва пешгирии мушкилиҳои пас аз ҷарроҳӣ дар кӯдакони гирифтори кистаҳои эхинококкии шуш, ки бо рахна ба бронх ё холигоҳи плевра мушкил шудаанд.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Натичаи ташхис ва муоличаи кистахои сироятшудаи эхинококкии шуш, ки ба бронххо ва холигии плевра кушода шудаанд, дар 120 нафар кудакон тахлил карда шуданд. Вобаста ба ҳаҷм ва ҳаҷми кистаҳои эхинококк чунин ташхис гузошта шудааст: хурд - 22 (18,3%), миёна - 56 (46,7%), калон - 24 (20,0%) ва гигант - 18 (15,0%). Дар 17 (14,2%) рахна ба холигии плевра, рахна ба бронх 103 (85,8%), илтиҳоби перкистикӣ дар 32 (26,7%). Дар 15 (12,5%) кӯдакон осеби кистаҳои паразитӣ дуҷониба буда, дар 13 (10,8%) эхинококкози омехта - ҷигар+шуш ташхис карда шуд. Ташхиси кӯдакон бо истифода аз усулҳои тадқиқоти клиникӣ ва лабораторӣ, рентгенӣ, КТ ва томографияи компютерии бисёрсоҳа дар тасвирҳои 4D ва усулҳои функсионалии тадқиқот гузаронида шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Пас аз тафтиши ташхис дар 89 нафар беморони гурӯҳи асосӣ омодагии мақсадноки пеш аз ҷарроҳӣ гузаронида шуд, ки ҳадаф аз он паст кардани захролудшавӣ, паст кардани аллергенгии бадан ва коҳиш додани раванди илтиҳобии системаҳои бронхопулмонарӣ буд. Табобати ҷарроҳӣ аз нест кардани холигии боқимондаи капсулаи нахдор тавассути эҷоди холигии байнишаҳрӣ ё байнисегменталӣ (74) ва анҷом додани перисистэктомияи субтоталӣ иборат буд.

Хулосахо. Ҳангоми интихоби терапияи интенсивӣ, хусусияти равандҳои илтиҳобӣ ва дараҷаи захролудшавии эндогенӣ ба назар гирифта мешавад. Интихоби усулҳои рафъи холигии боқимондаи капсулаи нахдор вобаста ба андозаи холигии боқимондаи капсулаи нахдори киста барои ҳар як бемор алоҳида анҷом дода мешавад.

Калимаҳои калидӣ: кистаҳои эхинококкии шуш, кӯдакон, мушкилоти пас аз ҷарроҳӣ, бронх.