

ВЕСТНИК

АССОЦИАЦИИ ПУЛЬМОНОЛОГОВ ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ

Ежегодный научно-практический журнал
издается с 1996 г.

ISSN 2181-4988

Журнал зарегистрирован в Государственном комитете печати Республики Узбекистан 20 мая 1996 г. (регистрационное свидетельство № 48), перерегистрирован 5 декабря 2003 г. (удостоверение №135)

ВЫПУСК 05 (№01)
2023 год

Журнал включен в перечень рецензируемых научных изданий, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертаций по медицинским наукам доктора философии и доктора медицинских наук

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Убайдуллаев А.М., Ливерко И.В.

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Абдуганиева Э.А.

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

Мухтаров Д.З., Ташпулатова Ф.К., Гафнер Н.В.

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА:

Парпиева Н.Н. (Ташкент)
Вахидова Г.А. (Ташкент)
Рустамова М.Т. (Ташкент)
Убайдуллаева Н.Н. (Ташкент)
Бримкулов Н.Н. (Бишкек)
Бакенова Р.А. (Астана)
Бобоходжаев О.И. (Душанбе)

Адрес редакции:

Ташкентская медицинская академия 100109, г.
Ташкент, Узбекистан, Алмазарский район, ул. Фараби 2,
тел.: +99878-150-7825, факс: +998 78 1507828,
электронная почта: mjys.tma@gmail.com

**Ассоциация
Пульмонологов
Центральной Азии**



**Association of
Pulmonologists of
Central Asia**

СОДЕРЖАНИЕ

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

| | |
|--|----|
| <i>Шамсиев Ф.М., Каримова Н.И., Мусажанова Р.А., Азизова Н.Д., Узакова Ш.Б., Каримова М.Х., Арипова Ш.Х. /</i> Диагностические особенности цитокинового и гуморального иммунитета у детей с хроническим бронхитом | 7 |
| <i>Ахмедова Д.Б., Сайидалиходжаева С.З., Бобоева З.Н., Касимов Э.Р., Халилов Х.Д. /</i> Изменение уровня ФНО- α и ИЛ-4 при комбинированной общепринятой терапии с биологически активными добавками при силикозе | 12 |
| <i>Салаева М.С., Парпибаева Д.А., Турсунова М.У., Эргашев Н.Ш., Мусаков М.С. /</i> Взаимосвязь вегетативной нервной системы и качества жизни у больных хронической обструктивной болезнью легких | 18 |
| <i>Насирова А.А., Бабамурадова З.Б., Ахмеджанова Д.М. /</i> Особенности цитокинового дисбаланса при бронхиальной астме, хронической обструктивной болезни легких и их коморбидности | 22 |
| <i>Усманов Х.С., Абдусаматов Б.З., Файзуллаев Т.С., Худойназаров Х.Х., Алланазаров Ж.А., Эльмурадов Ш.Х. /</i> Оптимизация видеоторакоскопических операции при эхинококкэктомий легкого у детей | 30 |

ФТИЗИАТРИЯ

| | |
|--|----|
| <i>Аладова Л.Ю., Шукуров Б.В., Магзумов Х.Б., Бегматов Б.Х., Бабаджанова Ф.У., Касымова М.Б., Раимкулова Д.Ф., Эргашев Б.М. /</i> Туберкулезная инфекция у детей с ко-инфекцией вирусного гепатита С и ВИЧ | 38 |
| <i>Усмонов И.Х., Бозоров Ш.И. /</i> Применение переднего параректального экстраперитонеального доступа при хирургическом лечении туберкулёза поясничного и пояснично-крестцового отделов позвоночника | 42 |
| <i>Содиқов А.С., Хакимов М.А., Дадаходжаева Л.С. /</i> Особенности клинического течения и диагностики чувствительных и резистентных форм туберкулеза у детей и подростков | 50 |
| <i>Бекембаева Г.С. /</i> Сочетанная патология - туберкулез и COVID-19 в Казахстане | 61 |

Usmonov X.S., Abdusamatov B.Z., Fayzullaev.T.S., Xudoy nazarov X.X., Allazarov J.A., Elmurodov Sh.X.

BOLALARDA O'PKANING ECHINOKOKKEKTOMIYASIDA VIDEOTORAKOSKOPIK JARROHLIK AMALIYOTINI OPTIMALLASHTIRISH

*Toshkent tibbiyot akademiyasi. (Toshkent, O'zbekiston)
Respublika bolalar kam invaziv va endovizual xirurgiya ilmiy amaliy markazi.
(Toshkent, O'zbekiston)*

Ishning maqsadi; O'pkaning exinokokk kasalligiga chalingan bolalarni yangi texnologiyalarni qo'llash orqali jarrohlik yo'li bilan davolash natijalarini yaxshilash.

Materiallar va tadqiqot usullari. 2005 yildan 2022 yilgacha bo'lgan davrda RSPCMEHDV da 72 nafar exinokokk o'pka kasalligi bilan og'rigan bolalar operatsiya qilindi. O'pkaning echinokokkozini tashxislashda asosiy usul ko'krak qafasining rentgenologik tekshiruvi, ultratovush tekshiruvi, echinokokkoz uchun serologik testlar (ELISA), ko'krak qafasi organlarining MSCT edi.

Natijalar. Natijalar tahlili shuni ko'rsatadiki, diametri 50 mm dan ortiq bo'lgan echinokokk kistalari, shuningdek, yiringlash bilan asoratlangan takroriy kistalar o'pkaning videotorakoskopik echinokokkektomiyasiga nisbatan "nisbiy" kontrendikatsiyalar hisoblanadi. O'pka exinokokkozini davolashda endovideoxirurgik echinokokkektomiya ustuvor hisoblanadi.

Kalit so'zlar: o'pkaning echinokokki; videotorakoskopiya; troakorlar; bolalar jarrohligi.

Введение. Эхинококкоз является тяжёлым распространённым паразитарным заболеванием и продолжает оставаться серьёзной медицинской и народнохозяйственной проблемой во многих странах мира.

Быстрое развитие легочной хирургии изменило тактику хирургов в отношении отдельных видов хирургического вмешательства при эхинококкозе легких [1,3]. Диагностическая и лечебная торакоскопия используется в клинической практике почти с начала прошлого столетия, показания к ней длительные годы были довольно ограничены. Однако в последние годы благодаря созданию миниатюрных эндовизуальных камер и инструментария для выполнения эндоскопических операций, оперативная торакоскопия переживает свое второе рождение, и показания к ее применению постоянно расширяются [2,4-7].

Опосредованная визуализация объекта операции, отсутствие видимого взаиморасположения анатомических структур, жесткая фиксация эндоскопа и манипуляторов к операционным портам регламентируют осмотр и подход к органам строго под определенным углом [8,9]. В то же время именно точность установки всех портов является одним из основных факторов, опре-

деляющих успех эндоскопической операции. Недостаточно разработанная техника обеспечения эндоскопического доступа рассматривается как одна из причин его конверсии и интраоперационных осложнений. Данное обстоятельство диктует необходимость разработки теоретических и технических аспектов обеспечения оптимального эндоскопического доступа [10].

Все это диктует необходимость раннего оперативного вмешательства и требует нового подхода в решении вопроса хирургической тактики. У детей практически не изучена возможность торакоскопического лечения эхинококкэктомии легких, не совершенствована методика видеоторакоскопической операции, не определены показания и противопоказания к ее выполнению.

Имеющиеся в научной литературе статьи в основном отражают проблемы эхинококкоза у взрослых, хотя одной из эпидемиологически напряженных категорий населения являются дети.

Цель работы; - улучшить результаты хирургического лечения детей с эхинококковой болезнью легких путем применения новых технологий.

Материалы и методы исследования. В Республиканском научно-практиче-

ском центре малоинвазивной и эндовизуальной хирургии детского возраста за период с 2005- по 2022 г было прооперировано 72 детей с эхинококковой болезнью легких в возрасте от 2 до 16 лет. Большинство детей было в возрасте старше 10 лет (35-48,6%). Мальчиков было 49 (68,1%), девочек 23 (31,9%).

В диагностике эхинококкоза легких основным методом являлись; рентгенологическое исследование грудной клетки, УЗИ, серологические реакции на эхинококкоз (ИФА), при затруднении в постановке диагноза, определении локализации и объема кист – проводилась МСКТ органов грудной клетки.

Результаты исследования и их обсуждение.

Правостороннее поражение легкого эхинококкозом наблюдалось чаще, чем левостороннее 51 (70,8%) и 14 (29,2%) соответственно, двустороннее поражение в 11,1% случаев (8 больных).

В большинстве случаев встречались одиночные - солитарные кисты 48 (66,6%), множественные кисты имели место у 24 (33,4%) детей. По малые кисты наблюдались в – 10 (13,8%), средние – в 31 (43,1%), большие и гигантские кисты в – 22 (30,5%) случаях (классификация А.Т. Пулатова - 1999). Большого диаметра кисты, как показывают наши наблюдения, чаще встречаются у детей старшего школьного возраста.

По локализации эхинококковые кисты в ткани легкого чаще выявлялись в нижних периферических сегментах (это относилось в основном к большим и средним кистам), центральное расположение кисты встречалось реже в 11,1% случаях (8- больных).

При делении клинического течения эхинококкоза легких на стадии мы придерживались классификации А.В. Мельникова (1935).

Бессимптомное течение отмечено нами у 23 (31,9%) детей. Однако у 9 больных нам удалось выявить скрытые симптомы: периодически возникающие кратковременные боли в грудной клетке, ухудшение аппетита, единичный кашель, недомогание, потливость.

Основными жалобами во второй стадии заболевания в 35 наблюдениях (48,6%) были боли в грудной клетке на стороне поражения различной интенсивности, усиливающиеся при подвижных играх и физической нагрузке. У 23 (31,9%) пациентов отмечался упорный сухой кашель, который плохо поддавался медикаментозной терапии. У больных отмечалось снижение аппетита, общая слабость, повышенная утомляемость, потливость, которому родители на начальном этапе заболевания чаще не придавали должного внимания. У трети детей наблюдались аллергические проявления.

Изменения лабораторных показателей при эхинококкозе были неспецифическими. В анализе периферической крови отмечалось повышение количества эозинофилов у 48,6%, лейкоцитоз у 32,8%, ускорение СОЭ - у 53,7% больных.

При неосложненном эхинококкозе, эхинококковая киста представляла собой округлую, либо овальную гомогенную более или менее интенсивную тень с четкими краями на фоне легочной ткани.

Осложненное течение заболевания в легких наблюдалось у 13 (18,1%) больных. Из них у -6 (8,3%) детей наблюдалось нагноение эхинококковой кисты с прорывом в бронх, у 5 (6,9%) установлен - прорыв эхинококковой кисты в плевральную полость. У 2 (2,8%) больных отмечалось нагноение кисты без перфорации хитиновой оболочки,

Все дети с осложненными формами эхинококкоза легкого поступили в клинику в экстренном порядке в тяжелом состоянии.

Тяжесть состояния пациентов была обусловлена острой дыхательной недостаточностью по обструктивному и рестриктивному типам, гиповолемией, эндотоксикозом и дефицитом жидкости. Перечисленные моменты указывали на необходимость экстренной предоперационной подготовки, направленной на коррекцию вышеперечисленных нарушений.

Клиническое проявление прорыва эхинококкоза в бронх (4 -6% пациента) сопровождалось повышением температуры тела до 38-39°C, приступами сильного кашля с выделением большого количества

прозрачной или мутной жидкости с обрывками хитиновой оболочки вместе с мокротой и прожилками крови.

Нагноения кисты характеризовались признаками острого воспалительного процесса. У этих детей наблюдалось повышение температуры тела (до 38-39° С), сухой кашель, боли в пораженной стороне грудной клетки, усиливающиеся при глубоком дыхании, общая слабость, отсутствие аппетита.

У 2 (2,8%) больных прорыв эхинококковой кисты легкого в плевральную полость развивался с проявлениями и симптомами плевро-пульмонального шока. Отмечалась резкая боль в грудной клетке, беспокойство, многократная рвота, затрудненное дыхание - одышка, слабость, адинамия, заторможенность. Вскоре к указанным симптомам присоединялись аллергические проявления.

Прорыв эхинококковой кисты в плевральную полость (5 (6,8%) больных) рентгенологически напоминал картину плеврита, на рентгенограмме определялся уровень жидкости и газовый пузырь над ней, или вместо горизонтального уровня жидкости наблюдалась волнистость или выпуклость, что было обусловлено спаданием хитиновой оболочки паразита - симптом «плавающей хитиновой оболочки», или «серповидного просветления», «симптом скотканной бумаги». Эти изменения напоминали деструктивную пневмонию и ее осложнения, что вызывало определенные сложности в диагностике эхинококкоза легких.

Все больные в зависимости от характера примененных оперативных вмешательств были разделены на 2 группы. Контрольная группа – 31 больной, были оперированы традиционными доступами. У 41 пациентов основной группы, была проведена видеоторакоскопическая эхинококкэктомия.

Продолжительность предоперационной подготовки зависела от общего состояния ребенка, нарушения гомеостаза, водно-электролитного равновесия, от характера и давности имеющихся осложнений.

Детям с не осложненным эхинококкозом легких предоперационную подготовку осуществляли по общехирургическим правилам в течение 3-4 дней, включая десенсибилизирующую терапию.

При выполнении эхинококкэктомии из легкого в контрольной группе (31 пациент) использовали традиционный доступ – межреберная торакотомия через V и VI межреберье. Из существующих методов капитонажа остаточной полости при традиционных эхинококкэктомиях легких мы использовали способы по Дельбе у 14 (45,1%), А.В.Вишневному у 8 (25,8%) и А.Т. Пулатову у 7 (22,6%). Резекция доли легкого проведена у 2 (6,5%) пациентов.

В первые сутки послеоперационного периода, во всех случаях больным 2-3 раза с целью обезболивания использовали наркотические анальгетики. Продолжительность обезболивания пациентов составила до 4 суток. Из-за сильного болевого синдрома активация больных в первые 2-3 суток была затруднена, движения в постели ограничены. Кашель и трудное отхождение мокроты сопровождалось сильными болями в области послеоперационной раны. Послеоперационные осложнения наблюдались у 3 (9,7%) больных (у 2 наблюдалась послеоперационная пневмония, у 1 экссудативный плеврит). Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре после традиционной эхинококкэктомии легких составила $11 \pm 1,3$ к/дня.

При отборе больных для видеоторакоскопической операции учитывали локализацию и число кист, характер поражения легочной ткани, наличие в анамнезе хирургических вмешательств на стороне поражения.

Для выполнения оперативных вмешательств использовали эндоскопическую стойку и набор инструментов фирмы «Carl Storz».

На начальном этапе нашей оперативной практики, абсолютными противопоказаниями к выполнению видеоторакоскопических эхинококкэктомий легкого мы, как и многие другие авторы считали: наличие множественных, сложной формы кисты диаметром более 7см, расположенные в

различных долях легкого; нагноившиеся эхинококковые кисты, с выраженным перифокальным воспалением; рецидивные эхинококковые кисты.

В настоящее время мы, как и другие авторы к абсолютным противопоказаниям видеоторакоскопической эхинококэктомии легкого относим, центральное расположение эхинококковых кист, а также множественные (более 2-х кист), расположенные в различных долях легкого; невозможность пальпаторного, мануального обследования ткани легкого с целью поиска небольших глубокорасположенных кист. Остальные случаи (кисты диаметром более 50 мм, а также, рецидивные кисты, осложненных нагноением), которые по данным литературы также считаются абсолютным противопоказанием к видеоторакоскопической эхинококэктомии легкого, мы по мере накопления опыта позволили себе трактовать как «относительные». Так как при достаточном опыте хирурга, подобные операции вполне выполнимы эндовизуальным методом и эффективны по всем параметрам.

При сложности ликвидации остаточной эхинококковой полости, наличии множественных бронхиальных свищей мы переходили на видеоассистированное торакоскопическое вмешательство (миниторакотомным доступом).

При двухстороннем поражении легких проводилась поэтапная эхинококэктомия. После традиционной эхинококэктомии для восстановления физической активности и укрепления общего состояния, дети выписывались домой на амбулаторное наблюдение и лечение сроком не менее чем на 1 месяц. После торакоскопической эхинококэктомии физическая активность больных восстанавливалась значительно быстрее и поэтому второй этап операции с противоположной стороны проводился, как правило, в среднем через две недели после первичной.

Методика видеоторакоскопической эхинококэктомии легких включала в себя 5 последовательных этапов: -введение первого троакара, создание пневмоторакса, ревизия плевральной полости; введение рабо-

чих троакаров; собственно, эхинококэктомия; уменьшение размеров остаточной полости; ушивание доступов.

Видеоторакоскопическую эхинококэктомия выполняли с односторонней вентилиацией, т.е. с интубацией правого или левого главного бронха. Положение больного на операционном столе – на здоровом боку. Использовали 4 троакара. После установки первого 5 мм троакара с видеооптикой, инсуфлировали CO₂ в плевральную полость под давлением 6-8 мм.рт.ст. Далее вводили остальные 3 троакара.

Расположение троакаров: для проведения ВТВ в верхнем этаже плевральной полости для нормостенического типа грудной клетки оптимальными зонами введения троакаров были: для оптики - V межреберье по передней подмышечной линии, для рабочих троакаров – V межреберье по задней подмышечной линии и III межреберье по парастернальной линии. Для гиперстенического типа: для оптики - V межреберье по передней подмышечной линии, для рабочих троакаров – IV межреберье по задней подмышечной линии и III межреберье по парастернальной линии. Для астенического типа: для оптики - VI межреберье по передней подмышечной линии, для рабочих троакаров – V межреберье по задней подмышечной линии и III межреберье по парастернальной линии. Для проведения ВТВ в среднем этаже плевральной полости для нормостенического типа грудной клетки оптимальными зонами введения троакаров были: для оптики - V межреберье по задней подмышечной линии, для рабочих троакаров – V и III межреберья по среднеключичной линии. Для гиперстенического типа: для оптики - V межреберье по задней подмышечной линии, для рабочих троакаров – IV и II межреберья по среднеключичной линии. Для астенического: типа: для оптики - V межреберье по задней подмышечной линии, для рабочих троакаров – VI и III межреберья по среднеключичной линии.

Для проведения ВТВ в нижнем этаже плевральной полости спереди для нормостенического типа грудной клетки оптимальными зонами введения троакаров были: для оптики - V межреберье по перед-

ней подмышечной линии, для рабочих троакаров – V межреберье по задней подмышечной линии и III межреберье по среднеключичной линии. Для гиперстенического типа: для оптики - V межреберье по передней подмышечной линии, для рабочих троакаров – IV межреберье по задней подмышечной линии и в III межреберье по среднеключичной линии. Для астенического типа: для оптики - V межреберье по передней подмышечной линии, для рабочих троакаров – VI межреберье по задней подмышечной линии и III межреберье по среднеключичной линии.

Для проведения ВТВ в нижнем этаже плевральной полости сзади для нормостенического и астенического типов грудной клетки оптимальными зонами введения троакаров были: для оптики - V межреберье по задней подмышечной линии, для рабочих троакаров – III межреберье по передней подмышечной линии и V межреберье по среднеключичной линии. Для гиперстенического типа: для оптики - V межреберье по задней подмышечной линии, для рабочих троакаров – III межреберье по передней подмышечной линии и IV межреберье по среднеключичной линии.

При необходимости миниторакотомии ее выполнение было оптимальным для верхнего этажа в IV, в среднем этаже - в V, в нижнем этаже спереди в VI, а сзади в VII межреберьях в зоне, лежащей между задней и передней подмышечной линиями. При этом максимально старались избегать пересечения мышц (мышечные волокна раздвигались послойно, кроме межреберных мышц).

Для того чтобы уже дооперационно знать оптимальные зоны введения троакаров при выполнении ВТВ при той или иной патологии нами условно плевральная полость, полученная путем реконструкции снимков на МСКТ, разделена на 4 этажа: верхняя, средняя и нижняя, в которой мы еще выделили переднюю и заднюю поверхности. Необходимо отметить, что чем на большее число этажей мы делим плевральную полость, тем оптимальны искомые нами зоны введения троакаров. Кроме деления на этажи каждую грудную клетку мы

рассматривали еще и с позиции ее типа. На основе имеющихся нескольких вариантов зон введения троакаров выбирали наиболее оптимальный в каждом конкретном случае. То есть оптимальные зоны введения троакаров нами определены в зависимости от типа грудной клетки и локализации объекта вмешательства.

Первым этапом при видеоторакоскопической эхинококкэктомии выполняли ревизию плевральной полости и легкого, для выявления спаечного процесса, дополнительных эхинококковых кист. При сращениях в плевральной полости их разделяли монополярной коагуляцией и ножницами. Область предполагаемого вкола иглы в области эхинококковой кисты обкладывали салфетками пропитанными 80% раствором глицерина для профилактики обсеменения окружающих тканей кистозной жидкостью и соблюдения принципов апаразитарности. Следующим этапом выполняли пункцию кисты иглой, подключенной к аспиратору и содержимое кисты эвакуировали с помощью вакуум экстрактора. Затем в оставшуюся полость кисты вводили 80% раствор глицерина подогретый до 60° С, с экспозицией ее на 10-15 минут для ее санации, затем глицерин удалялся через вакуумотсос. После этого монополярной коагуляцией вскрывали фиброзную капсулу, создавали окошко для введения 10мм вакуум отсоса для эвакуации хитиновой оболочки с остатками жидкости (в отличии от распространенного метода удаления с помощью эндоконтейнера). Образовавшую фиброзную капсулу вновь обрабатывали 80% раствором глицерина подогретым до 60°С, с экспозицией на 10-15 мин, затем глицерин удалялся опять-таки через вакуумотсос. В пределах здоровой легочной ткани фиброзную капсулу циркулярно иссекали монополярными коагуляционными ножницами, остаточную полость вводили физиологический раствор, для выявления бронхиальных свищей, которые ушивали нитью PDS II 3/0 или коагулировали биполярным коагулятором, затем полость ушивалась кисетными швами. После ликвидации остаточной полости операцию завершали дренированием плевральной полости. При невозможности

ликвидировать остаточную полость ее дренировали полихлорвиниловой трубкой с боковыми отверстиями. В 4 (5,5%) случаях из-за гигантской кисты со множественными крупнокалиберными бронхиальными свищами было выполнено сочетание тронакарных доступов с миниторакотомией (длиной разреза не более 5см).

Интраоперационных осложнений не было. Послеоперационное ведение детей с ЭЛ включает: инфузионную терапию, анальгезию, профилактику и лечение пневмонии и симптоматическую терапию.

В раннем послеоперационном периоде все пациенты были помещены в анестезиолого-реанимационное отделение. Средний койко-день составил $2,5 \pm 0,6$. Существенная роль в профилактике ранних легочных осложнений придавалась адекватной анальгезии, отдавая предпочтение ненаркотическим анальгетикам, особенно в первые трое суток после операции. В послеоперационном ведении больных с ОЭЛ обязательным считали раннюю активизацию больных, вдыхание увлажненного кислорода, ингаляции лекарственными травами и бронхомукалити-

ками, дыхательную гимнастику.

В послеоперационном периоде осложнения наблюдались у 2 (4,9%) больных: остаточная полость - у 1 (2,5%), экссудативный плеврит - у 1 (2,5%), которые разрешились после консервативной терапии.

Больных, как правило, выписывали из стационара на 6-8-е сутки после операции. Средние сроки пребывания больного в стационаре составили $8,4 \pm 1,2$ к/дня. Рецидивов после торакоскопической эхинококкэктомии легкого в течении 1,5-2 лет (при правильном приеме антипаразитарных препаратов - альбендозол), в послеоперационном периоде не наблюдали.

Итак, наш опыт показывает, что использование эндовизуальной техники в хирургии эхинококкоза легких оправдано и является перспективным направлением в лечении паразитарных кист легких.

Вместе с тем мы полагаем, что при правильном подборе больных и строгом соблюдении принципов антипаразитарности, видеторакоскопическая эхинококкэктомия легких является перспективным методом хирургического лечения эхинококкоза легких.

Таблица 1.

Сравнительная оценка послеоперационных результатов лечения в сравниваемых группах

| | Традиционная эхинококкэктомия (n=31) | Торакоскопическая эхинококкэктомия (n=36) |
|---|--------------------------------------|---|
| Общая продолжительность операции (минуты) | 75±10 | 65±7 |
| Продолжительность применения анальгетиков (сутки) | 4,3±0,5 | 2,2±0,4 |
| Начало активации больного после операции (сутки) | 3,5±0,6 | 2±0,5 |
| Длительность пребывания больного в стационаре | 11±1,3 | 7,4±1,2 |

При этом значительно сокращается расход медикаментов, сроки пребывания пациентов в стационаре ($8,4 \pm 1,2$ к/д), сроки восстановления физической активности больного и получается хороший косметический эффект.

Заключение. Не умаляя достоинства традиционных эхинококкэктомий, считаем,

что подход к выбору метода операции должен быть строго дифференцированным.

Лишь при абсолютных противопоказаниях к торакоскопической эхинококкэктомии легких, должна быть выполнена традиционная эхинококкэктомия.

Эхинококковые кисты диаметром более 50 мм, а также, рецидивные кисты,

осложненных нагноением, мы по мере накопления опыта позволили себе трактовать как «относительные» противопоказания к видеоторакоскопической эхинококэктомии легкого, В лечении эхинококкоза легких эндовидеохирургическая эхинококэктомия является и должна быть приоритетной.

Литература.

1. Arinc S, Kosif A, Ertugrul M, et al. Evaluation of pulmonary hydatid cyst cases. //Int J Surg. 2009 Jun; 7(3):192-5.
2. Dagtekin A, Koseoglu A, Kara E, et al. /Unusual location of hydatid cysts in pediatric patients. //Pediatr Neurosurg. 2009; 45(5):379-83.
3. Dziri C, Haouet K, Fingerhut A, Zaouche A. /Management of cystic echinococcosis complications and dissemination: where is the evidence? //World J Surg. 2009; 33 :1266–1273.
4. Гумеров, М.И. Хирургическое лечение эхинококкоза легких у детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Уфа, 2003. - 20 с.
6. Каримов Ш.И., Кротов Н.Ф., Ким В.С. К выбору этапности и доступа при со-

четанном множественном эхинококкозе печени и легких. //Проблема эхинококкоза: Тез.докл. науч.-практ. конф.- Махачкала, 2000. с. 66-67.

7. Кулакеев О.К., Кадырбаев Т.К., Абдурахманов Б.А. Хирургическое лечение сочетанного эхинококкоза легких и печени// Ж. Хирургия Узбекистана. 2001. №3. С. 46-47.

8. Лапина Т.В. Диагностика и лечение рецидивного эхинококкоза легких и печени множественной и сочетанной локализации. Автореф. дис... канд. мед. наук: М. 2005 с.-24

9. Порханов В.А. Торакоскопическая и видеоконтролируемая хирургия легких, плевры и средостения: Автореф. дис... д-ра мед. наук. М 1996; 36.

10. Разумовский А.Ю, Митупов З.Б. Эндохирургические операции в торакальной хирургии у детей. – М. : ГЭОТАР – Медиа. 2010. – 8с.

11. Шулутько А.М., Овчинников А.А., Ясногородский О.О., Мотус И.Я. Эндоскопическая торакальная хирургия. М: Медицина 2006; 391