

были школьного возраста – 23 (65,7%). Чаще эхинококкозом болели мальчики – 21 (60,0%). Количество сельских жителей превалировало в 6 раз.

У 16 больных двустороннее поражение легких сочеталось с эхинококкозом печени. У 22 больных встречались одиночные кисты в обоих легких, у 4 – множественные кисты, у 5 – множественные справа и одиночная киста слева, а у 4 больных – множественные слева и одиночная справа.

В 13 (37,1%) случаях выявлены осложненные кисты. Прорыв в бронх и/или плевральную полость – у 12, прорыв нагноившейся кисты – у 6, и нагноение эхинококковой кисты отмечено у 1 пациента.

При эхинококкозе легкого в последние годы чаще применяем миниторакотомия в зависимости от возраста ребенка, локализации, осложнений эхинококковой кисты. При сочетанном эхинококкозе легких и печени оперативное вмешательство производили поэтапно, в первую очередь удаляли кисту из легкого, а затем из печени.

Нами ранее установлено, что у 80 % больных с эхинококкозом имеется гипоацидное состояние. В этой связи, при выявлении гипоацидного состояния на протяжении всего лечения проводился комплекс мероприятий, повышающих кислотообразующую функцию желудка.

После эхинококэктомии легкого встречалось нагноение остаточной полости кисты – в 3 (15,8%) случаях.

В качестве критериев оценки эффективности проводимого лечения мы использовали динамические изменения показателей, отражающих важнейшие звенья работы иммунитета.

Сроки пребывания больных в стационаре составили 18,4 суток. А послеоперационное нахождение больных – 13,5. Летальных исходов не наблюдалось.

Отдаленные результаты лечения эхинококкоза анализированы у 22 (60%) из 35 детей в сроки от 2 до 10 лет. Основное количество пациентов (87,7%) обследовано в отдаленные сроки, через 6-10 лет после операции.

У 1 (0,9%) ребенка обнаружена остаточная полость эхинококковой кисты в легком.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Р.Д. Аутова

**Казахский национальный медицинский университет,
Научный центр педиатрии и детской хирургии, Алматы, Казахстан**

С 2000 по 2008 год на клинической базе кафедры в НЦП и ДХ находились на обследовании и оперативном лечении 87 детей с эхинококкозом печени в возрасте от 5 до 14 лет. Всем детям было проведено комплексное клинко-инструментальное обследование: ОАК, ОАМ, ЭКГ, обзорная рентгенография органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости. Для уточнения локализации кисты при ультразвуковом исследовании была использована схема сегментарного деления печени Коунауда-Шапкина.

По сегментарному делению эхинококковые кисты располагались преимущественно в правой доле, в V, VI, VII сегментах – 63 (73%) больных. Это объясняется анатомо-топографической особенностью сосудистой архитектуры воротной вены. В остальных 24 (27%) случаях отмечалось двухстороннее поражение. В зависимости от метода хирургического вмешательства пациенты были распределены на три группы; I-я группа составила 52 (59,8%) больных, в лечении которых были применены традиционные методы хирургического лечения; II-я группа – 24 (27,6%) больных с применением лапароскопической эхинококэктомии печени; III-я группа – 11 (12,6%) больных с применением чрескожно-пункционно-аспирационного метода. Для оценки эффективности хирургического лечения эхинококкоза печени у детей было проведено сравнительное изучение результатов оперативного лечения. При этом оценивались длительность операции, общее состояние больных после операции, сроки нахождения в стационаре. Неудовлетворительных результатов при применении ЧПА – метода и лапароскопической эхинококэктомии не было. Положительные результаты при традиционном методе хирургического лечения получены у 51 (98%) ребенка, неудовлетворительные результаты констатированы только в 1 (1%) в виде желчного свища, который закрылся самостоятельно на 17 сутки после операции. Наблюдение больных в катамнезе в течение двух лет после лечения чрескожно-пункционно-аспирационным способом показало отсутствие остаточной полости при ультразвуковом исследовании.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

Л.У. Курбанова, М.Ф. Бегбудиев, Г.Д. Турабова

**Самаркандский государственный медицинский институт,
Самаркандский филиал детской хирургии РСНПМЦ педиатрии,
Самарканд, Узбекистан**

В торакальном отделении клиники за период с 2001 по 2005 г. были госпитализированы 254 ребенка с диагнозом инородное тело дыхательных путей в возрасте от 6 месяцев до 14 лет. Давность аспирации инородных тел в дыхательных путях колебалась от нескольких часов до 5 лет. Все 254 больных прошли клинко-лабораторное обследование, при этом у 4 (1,6%) из них были инородные тела. У 14 (5,5%) при наличии клинко-рентгенологических данных инородного тела бронхоскопически не выявлено. Эндоскопическими находками в этих случаях были: обструкция бронха гнойной пробкой – у 3, стеноз гортани – у 6, выраженный трахеоэндобронхит – у 5.

У остальных 236 больных диагноз инородное тело был подтвержден эндоскопически. По характеру инородных тел: органические были у 191 (80,9%), неорганические – у 45 (19,1%).

В 139 (58,9%) случаях инородное тело локализовалось в правом главном бронхе, в 80 (33,9%) – в левом бронхе, у 10 (4,2%) – в трахее, у 7 (3%) – в гортани.

У 26 (11%) больных проводились повторные бронхоскопии. У пациентов были инородные тела, длительно находившиеся в дыхательных путях, прикрытые грануляциями и рубцовой тканью. Инородное тело было удалено лишь при повторных бронхоскопиях, после специальной дополнительной подготовки с учетом ошибок предыдущего исследования.