Рецидив эхинококкоза легкого у детей

К.м.н. Р.Х. ШАНГАРЕЕВА, к.м.н. Ш.С. ИШИМОВ

The recurrent lung hydatid cysts in children

R.KH. SHANGAREEVA, SH.S. ISHIMOV

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Проведен анализ результатов лечения 199 детей с эхинококкозом легкого. В 78 (39,2%) наблюдениях отмечена осложненная форма заболевания. Преимущественно выполнялись органосохраняющие операции: традиционная эхинококкэктомия в 177 (89%) наблюдениях (с ликвидацией остаточной полости по Дельбе — 123, по Вишневскому — 34, по Пулатову — 25) и видеоторакоскопическая эхинококкэктомия — в 15 (7,5%). Резекция доли легкого произведена 2 (1%) больным. В 5 (2,5%) наблюдениях при прорыве паразитарной кисты в бронх процесс завершился самоизлечением. Отдаленные результаты изучены у 163 (82%) пациентов. Рецидив выявлен у 8 (4,9%) больных. Наиболее часто рецидив возникает при осложненной эхинококковой кисте, особенно если после прорыва паразитарной кисты в плевральную полость операция не проведена срочно. Эффективным представляется сокращение срока предоперационной подготовки. Чрезвычайно важна ранняя диагностика рецидива, поскольку при своевременном его выявлении возможно консервативное лечение.

Ключевые слова: эхинококкоз, легкие, рецидив, дети.

The treatment results of 199 children with lung echinococcosis was performed. 78 (39.2%) had complicated forms of the disease. The organ-preserving operations were predominately performed: traditional echinococcectomy in 177 (89%) and videothoracoscopic echinococcectomy in 15 (7.5%). Lobe resection was performed in 2 patients. 5 patients cured without surgery thank to bronchial cyst evacuation. The long-term follow-up data were obtained from 163 (82%) of patients. Reccurense of the hydatid disease was registered in 8 (4.9%) patients. The study demonstrated the importance of immediate surgery after the cyst rupture with pleural dissemination and early recurrence diagnostics, which allows conservative treatment.

Key words: echinococcosis, lungs, recurrence, children.

Введение

Эхинококкоз остается актуальной проблемой медицины, заболеваемость не проявляет тенденции к снижению, вследствие поздней диагностики возможен летальный исход, больные нередко поступают в стационар в иноперабельной стадии [3, 8, 15]. Именно поздняя диагностика является основной причиной послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания, количество которых варьирует от 3,3 до 54% [2, 7, 11, 12, 16].

Многообразие клинических проявлений эхинококкоза легких (ЭЛ) создает определенные трудности для ранней диагностики, как следствие, в 26—52% наблюдений заболевания выявляют в стадии осложнений [1, 4—6, 9—14]. Среди хирургов нет единого мнения о сроках оперативного вмешательства и выборе тактики хирургического лечения при осложненном ЭЛ [6, 10].

Целью нашего исследования являлось выяснение факторов, наиболее часто влияющих на развитие рецидива ЭЛ.

Материал и методы

За 35 лет в клинике детской хирургии Башкирского государственного медицинского университета на базе Республиканской детской клинической больницы на лечении по поводу ЭЛ находились 199 больных. Изолированное поражение легкого отмечено у 163 (81,9%), легких и печени — у 36 (18,1%) детей. Эхинококковая киста в правом легком локализовалась у 118 (59,3%), в левом — у 68 (34,2%), двустороннее поражение было у 13 (6,5%) больных. Множественные эхинококковые кисты легких наблюдались у 22 (11%) детей. Эхинококковые кисты малых размеров (40—60 мм) имелись у 47 (23,3%), средних размеров (70—100 мм) — у 70 (35,4%), больших и гигантских размеров (110 мм и более) — у 82 (41,3%) детей.

Детей дошкольного возраста с изолированным ЭЛ было 19 (12%), школьного возраста — 144 (88%).

© Р.Х. Шангареева, Ш.С. Ишимов, 2012

© Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова, 2012

Khirurgiia (Mosk) 2012; 3: 18

e-mail: shanrosa@mail.ru

Сочетанный эхинококкоз наиболее часто встречался у детей дошкольного возраста — 17 (47,2%). Двустороннее поражение легких, множественные кисты у детей дошкольного возраста встречались в 3 раза чаще, чем в остальных возрастных группах.

Диагностика эхинококкоза основывается на данных рентгенологического обследования, ультрасонографии органов грудной клетки, брюшной полости и забрюшинного пространства, при необходимости проводится компьютерная томография (КТ).

Иммуноферментный анализ (ИФА) с использованием тест-системы «эхинококк Ig-стрип» (Вектор Бест) выполнен у 37 больных до операции и 2—4 раза в течение диспансерного наблюдения. Диспансерное наблюдение проводилось в сроки от 5 до 8 лет.

Результаты и обсуждение

Из 199 больных ЭЛ у 38 (19,1%) отмечена начальная стадия заболевания. Пациенты считали себя здоровыми или периодически предъявляли жалобы на боли в грудной клетке, быструю утомляемость, сухой кашель, похудение. У 16 пациентов эхинококковая киста легкого была случайной находкой при рентгенологическом исследовании и у 14 — при УЗИ брюшной полости.

ЭЛ в стадии разгара диагностирован у 83 (41,7%) детей. Основными жалобами пациентов данной группы были боли в грудной клетке на стороне поражения и одышка при физической нагрузке. У 77 детей отмечался кашель, преимущественно сухой или с незначительным количеством слизистой мокроты. У 5 больных наблюдались прожилки крови в мокроте. Аллергические высыпания на коже, сухость кожных покровов, шелушение и расчесы отмечены у $^{1}/_{3}$ пациентов. Дети с ЭЛ II и III стадий отставали в физическом развитии, дефицит массы тела составлял 11,3±2,7% нормы. При осмотре детей с большими и гигантскими кистами легких отмечена деформация грудной клетки в виде выбухания на стороне поражения. Имелись признаки субкомпенсированной дыхательной недостаточности. Изменение перкуторного звука над легкими и характера дыхательных шумов зависело от глубины расположения кисты, ее размеров, выраженности ателектатических и перифокальных воспалительных процессов. У пациентов с гигантскими кистами при перкуссии отмечалось притупление звука над всем легочным полем, аускультативно дыхание не проводилось.

Осложненный ЭЛ (III стадия заболевания) наблюдался у 78 (39,2%) детей, из них у 5 при одновременном поражении печени.

Большой процент осложнений связан с тем, что эхинококковая киста в легочной ткани увеличивается быстрее, чем в других органах. По нашим данным, из 7 детей с осложненным сочетанным эхинококкозом у 5 отмечены осложнения со стороны легких.

Прорыв паразитарной кисты в бронх — наиболее частое осложнение, наблюдавшееся у 39 больных. Провоцирующими факторами этого осложнения являлись падение, удар, прыжки, продолжительный сухой кашель. При прорыве эхинококковой кисты в бронх возникает приступ сильного кашля с выделением из дыхательных путей большого количества прозрачной или мутной жидкости с обрывками хитиновой оболочки в виде белых пленок. Из наблюдаемой группы 18 больных поступили в стационар через 1—3 сут после прорыва кисты в бронх, 11 — через 3—7 сут, 5 — через 27±3 сут, 4 — через 1—6 мес, 1 больной — только через 9 мес.

У 29 детей выделение при кашле жидкости и мокроты наблюдалось в течение 10—14 дней. В 5 (2,5%) наблюдениях при наличии широкого свища отмечено полное опорожнение содержимого кисты, процесс завершился самоизлечением.

Нагноившийся ЭЛ диагностирован у 23 больных преимущественно при центральном расположении кисты. Из анамнеза известно, что эти больные длительно лечились у педиатров с подозрением на ОРВИ, пневмонию. Клиническая картина характеризовалась признаками острого воспалительного процесса.

Прорыв паразитарной кисты в плевральную полость выявлен у 9 больных. У одного пациента мы наблюдали одновременный разрыв эхинококковой кисты печени и легкого (мальчик упал с лошади). В 4 наблюдениях осложнение возникло после ошибочной пункции эхинококковой кисты. Осложнение развилось остро и проявлялось клинической картиной плевропульмонального и анафилактического шока: снижение артериального давления, резкая боль в грудной клетке, беспокойство, многократная рвота, затрудненное дыхание, одышка, аллергические высыпания на коже в виде крапивницы.

Одновременный прорыв эхинококковой кисты в плевральную полость и в бронх мы наблюдали у 7 пациентов. Эти больные поступали в стационар с выраженными признаками дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности. Нередко при ЭЛ клинические и рентгенологические данные трактуются как деструктивная пневмония и ее осложнения, в связи с чем 32 больным до поступления в клинику была произведена пункция эхинококковой кисты и плевральной полости.

ИФА при поражении легких, выполненный до операции у 37 детей, позволил выявить высокий титр у 10 (27%), причем у 9 из них имелся осложненный ЭЛ. Низкий иммунный ответ отмечен у 11 (29,7%) и ложноотрицательный результат — у 16 (43,3%) больных. Чувствительность метода состави-

ла лишь 55%. Через 3—6 мес после операции отмечается динамика повышения титра антител. Далее к концу года наблюдается тенденция к снижению титра. Высокий иммунный ответ, выявленный через 3 года после операции, свидетельствовал о наличии рецидива заболевания.

Итак, ИФА при ЭЛ, выполненный до операции, показал значительное количество ложноотрицательных ответов. Однако при диспансерном наблюдении метод представляется ценным для выявления рецидива заболевания.

Предоперационная подготовка и ее длительность зависели от выраженности сенсибилизации организма, стадии заболевания и характера осложнений. При неосложненном ЭЛ в течение 3—4 дней проводилась десенсибилизирующая терапия. При прорыве эхинококковой кисты в бронх и плевральную полость, при ошибочной пункции эхинококковой кисты, а также детям с большими и гигантскими кистами в состоянии предперфорации предоперационную подготовку проводили в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии, где осуществляли круглосуточный мониторинг показателей жизненно важных функций. Всем пациентам проводили оксигенотерапию. При прорыве эхинококковой кисты в плевральную полость выполняли плевральную пункцию, при прорыве в бронх проводили санационную фибробронхоскопию. В целях купирования гиповолемии, коррекции водноэлектролитного и метаболических нарушений назначали инфузионную терапию с применением кристаллоидных и коллоидных растворов. Для уменьшения аллергических проявлений ЭЛ вводили антигистаминные препараты и кортикостероидные гормоны. Применяли антибиотики широкого спектра действия. Исследования показали, что на фоне интенсивной терапии через 18—24 ч статистически достоверно повышались SpO_2 с 92,4±0,3 до 97,5±0,7% и среднее АД с 74,1±2 до 80,6±1,4 мм рт.ст., снижалась частота дыханий с 27,5±1,3 до 24±1,1 в 1 мин ($p<0,05$).

Таким образом, через 18—24 ч предоперационной подготовки достигается стабилизация состояния больных осложненным ЭЛ, что позволяет проводить оперативное лечение без опасений за течение наркоза и послеоперационного периода.

Мы являемся сторонниками применения органосохраняющих хирургических вмешательств в лечении эхинококкоза у детей. Резекция доли легкого произведена только 2 (1%) больным. Выздоровление больного возможно только при строгом соблюдении принципов апаразитарности, т.е. при полном удалении зародышевых элементов, исключающем попадание паразитарной жидкости на окружающие органы, ткани, операционное поле, и при антипаразитарной обработке (формалиноглицериновой смесью в соотношении 1:3) остаточной полости и инструментария, бывшего в контакте с элементами паразита.

Эхинококкэктомия по общепринятой методике осуществлена 177 (89%) больным. В том числе ликвидация остаточной полости по Дельбе произведена 120 больным при эхинококковых кистах малых и средних размеров, капитонаж по Вишневскому — 33 детям при кистах, на $^2/_3$ объема выступающих над поверхностью легкого, в 24 наблюдениях при больших и гигантских кистах использован метод Пулатова.

Важным этапом операции при ЭЛ является ушивание бронхиальных свищей, обнаруженных в остаточных полостях в 98% наблюдений, из них в 17,6% они были одиночными свищами, в 74,4% — множественными (от 3 до 22).

Одним из перспективных направлений торакальной хирургии являются видеоторакоскопические операции, которые особенно привлекательны в детской хирургии. Это связано с малой травматичностью, легким течением послеоперационного периода, быстрой реабилитацией больного. Торакоскопические вмешательства выполнены 15 (7,5%) больным. Показанием к операции служили небольшие (до 40 мм в диаметре) поверхностно расположенные кисты. Минимальная операционная травма грудной клетки обеспечивает значительное снижение болевого синдрома, быстрое восстановление двигательной активности, что в свою очередь влияет на сроки восстановления адекватной экскурсии грудной клетки, а значит, на частоту развития осложнений. Данная методика позволила сократить длительность пребывания в стационаре в 1,6 раза.

Однако в клинике видеоторакоскопические вмешательства при эхинококковых кистах легкого выполнялись реже, чем традиционная эхинококкэктомия. Это связано с тем, что лишь у 23,3% пациентов эхинококковые кисты в легком имели диаметр до 4—7 см. Целесообразно применение видеоторакоскопической эхинококкэктомии при поверхностно расположенных кистах малых размеров, когда отсутствуют технические затруднения для ушивания бронхиальных свищей. Оставшиеся незамеченными мелкие бронхиальные свищи способствуют инфицированию плевральной полости и гиповентиляции легкого.

Послеоперационное ведение больных с ЭЛ включало аналгезию, антибактериальную, десенсибилизирующую, инфузионную и симптоматическую терапию. При осложненном и множественном эхинококкозе проводили химиотерапию препаратом немозол (албендозол) по 3 курса из расчета 10 мг/кг в течение 28 дней с перерывами 14 дней.

В послеоперационном периоде у 14,8% больных, оперированных традиционным способом, возникли различные осложнения. В 3 наблюдениях развилась эмпиема плевры, в 5 — пневмония; 6 пациентам в

связи с пневмотораксом произведены реторакотомия, ушивание бронхиальных свищей. Летальных исходов не было.

Отдаленные результаты изучены у 163 (82%) пациентов, из них у 8 (4,9%) выявлен рецидив заболевания. Анализ показал, что рецидив наиболее часто выявлялся в сроки от 1,5 года до 3 лет после операции. Необходимо отметить, что в 7 наблюдениях рецидив развился после операции по поводу осложненной формы заболевания. Один больной был ранее оперирован в другой клинике по поводу неосложненной кисты. Ретроспективный анализ показал, что рецидив в 5 наблюдениях развился после прорыва паразитарной кисты в плевральную полость и в 1 из них после одновременного прорыва в бронх. Во всех наблюдениях эхинококкэктомия была выполнена через 1—3 нед после прорыва паразитарной кисты в плевральную полость, и наоборот, рецидивов не отмечено у пациентов, которым после ошибочной пункции эхинококковой кисты произведена экстренная операция с тщательной обработкой остаточной полости и санацией плевральной полости.

Таким образом, риск развития рецидива возрастает при длительном контакте паразитарной жидкости с легочной тканью и плеврой. Пять пациентов неоднократно оперированы по поводу множественного эхинококкоза плевральной полости. В такой ситуации во время хирургического вмешательства сложно соблюдать принцип апаразитарности, так как в плевральной полости отмечается выраженный спаечный процесс. При разъединении спаек есть вероятность разрыва эхинококковых кист, поэтому в последних наблюдениях после операции по поводу рецидивного эхинококкоза плевральной полости проводим консервативное лечение.

Приводим клиническое наблюдение.

Больная *Н.*, 11 лет, со слов родителей, болеет 2 мес, отмечает слабость, быструю утомляемость, периодически сухой кашель.

С 09.09.07 кашель усилился, за медицинской помощью не обращались, мама лечила от бронхита травами. 19.09 состояние ухудшилось: появились одышка, боль в области грудной клетки, температура поднялась до 38,5 °С. Обратились в центральную районную больницу, где в амбулаторных условиях проводилось обследование, рентгенография грудной клетки (рис. 1, а). Назначено консервативное лечение. В связи с тем, что состояние продолжало ухудшаться, 04.10 больная направлена в РДКБ с диагнозом: эхинококковая киста левого легкого(?). Грудной сколиоз II—III степени. Состояние при поступлении очень тяжелое, обусловленное выраженной дыхательной недостаточностью, интоксикацией. Больная занимает вынужденное полусидячее положение. Левая половина грудной клетки не участвует в акте дыхания, имеется расширение межреберных промежутков и асимметрия за счет выбухания левой половины. При перкуссии грудной клетки слева в верхних отделах определяется коробочный звук, в нижних отделах — притупление звука. При аускультации дыхание слева не выслушивается.

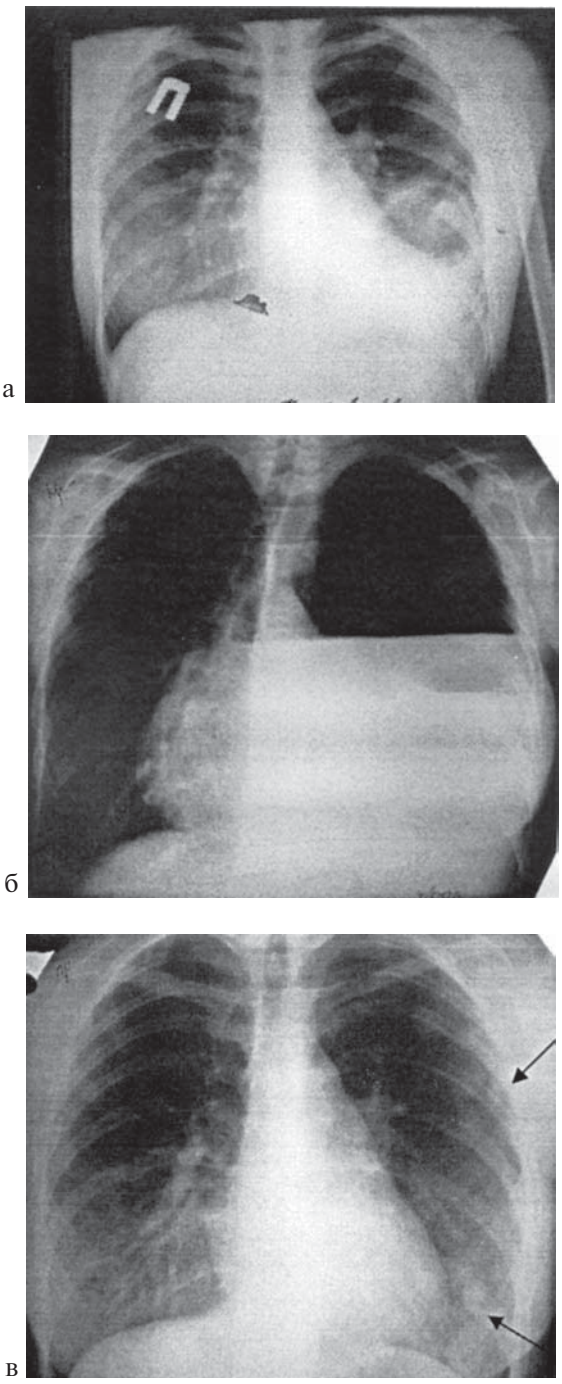


Рис. 1. **Рентгенограммы легких в прямой проекции больной *Н.***

а — в проекции нижней доли левого легкого определяется округлая тень «с волнообразным уровнем» за счет хитиновой оболочки; б — напряженный гидропневмоторакс; в — через 18 мес после операции. Очаговые тени в левом легком (стрелки).

Число даханий 32 в 1 мин. Имеются признаки смещения средостения. Верхушечный толчок определяется от грудины слева. Пульс 114 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см, край гладкий.

Общий анализ крови: Hb 112 г/л, эр. $4{,}08 \cdot 10^{12}$/л, л. $17{,}6 \cdot 10^{9}$/л; СОЭ 62 мм/ч. На рентгенографии органов грудной клетки в прямой проекции от 04.10 отмечаются признаки напряженного пневмогидроторакса: интенсивное затемнение левого легочного поля до IV ребра с горизонтальным уровнем жидкости. На фоне затемнения определяется полость размером 45×25×15 мм с горизонтальным уровнем жидкости. Тень средостения смещена вправо (рис. 1, б).

04.10 проведено УЗИ органов брюшной полости: печень выступает из-под края реберной дуги на 50 мм, структура однородная средней эхогенности. Желчный пузырь овальной формы, просвет свободен. Размеры, структура поджелудочной железы, селезенки, почек не изменены.

УЗИ органов левой половины грудной клетки: в нижних отделах легкого определяется жидкостное образование неправильной формы с неровными контурами размером 150×120 мм, с большим количеством взвеси и гиперэхогенной линейной структурой в просвете (отслоившаяся хитиновая оболочка). В плевральной полости определяется много жидкости с большим количеством фибрина в виде сот. Визуализируется безвоздушный участок легкого. Сердце смещено вправо.

Диагноз: эхинококковая киста левого легкого, осложненная прорывом в бронх и плевральную полость. Эхинококковый гидропневмоторакс.

В течение 6 ч в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии проводилась предоперационная подготовка, которая включала инфузионную, десенсибилизирующую, гормональную и антибактериальную терапию. Экстренное хирургическое вмешательство выполнено под комбинированным эндотрахеальным наркозом. Произведена торакотомия слева по шестому межреберью. Из плевральной полости под давлением выделились воздух и до 1,5 л мутной жидкости с большим количеством фибрина. Последний местами плотно припаян к париетальной и висцеральной плевре, что указывает на давность патологического процесса (прорыв в плевральную полость произошел не менее 7 дней назад).

Легкое коллабировано, спавшаяся эхинококковая киста размером 60×70 мм расположена в VIII сегменте. Дефект фиброзной капсулы визуально не определяется, так как покрыт фибрином. Фиброзная оболочка вскрыта, удалена хитиновая оболочка. Полость фиброзной капсулы обработана формалиноглицериновой смесью. Ушито 6 бронхиальных свищей. Плевральная полость тщательно промыта раствором хлоргексидина. С плевры максимально удален фибрин. Проведен аэростаз и гемостаз. Плевральная полость дренирована. В послеоперационном периоде продолжена интенсивная терапия. Через 3 сут после операции начата противопаразитарная химиотерапия (немозол по 500 мг в день). Через 4 сут после операции удалена дренажная трубка. Больная выписана из стационара 25.10 в удовлетворительном состоянии.

С учетом высокого риска развития рецидива заболевания в связи с обсеменением плевральной полости амбулаторно проведено 7 курсов противопаразитарной химиотерапии. Клинико-лабораторное обследование и коррекция лечения проводились после каждого курса. На контрольной рентгенограмме грудной клетки через 12 мес после операции слева отмечаются усиление и деформация легочного рисунка за счет перипроцесса по ходу бронхососудистых структур, более выраженная в нижнем легочном поле. Через 18 мес после операции на рентгенограмме грудной клетки в левом легочном поле появилось множество очаговых теней размером от 1,5 до 30 мм (1, в).

24.04.09 выполнена компьютерная томография: новых инфильтративно-очаговых изменений в паренхиме легких не выявлено. Грубой деформации легочного рисунка в верхней доле слева нет. Слева субплеврально, преимущественно по заднекостальной поверхности определяются множественные очаги уплотнения от 11 до 39 ед.Н, размером от 15×24 до 25×30 мм. Междолевая плевра уплотнена, утолщена. Отмечаются деформация легочного рисунка и грубый ограниченный пневмосклероз в проекции S VIII—IX слева плотностью до 39 ед.Н, размером 65×30 мм (область оперативного доступа). Справа паренхима легкого обычной структуры, плевральных изменений не выявлено. КТ-картина соответствует паразитарному обсеменению плевральной полости слева (рис. 2, а). Назначены повторные курсы противопаразитарной химиотерапии.

13.12.10 больная поступила в стационар для обследования и решения вопроса о дальнейшей тактике. Жалоб нет. Грудная клетка симметричная, равномерно участвует в акте дыхания. Аускультативно дыхание выслушивается над всеми полями. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Показатели общего и биохимического анализов крови в пределах возрастной нормы. Проведена рентгенография органов грудной клетки: очаговые тени в левом легочном поле не определяются. КТ от 13.12: пневматизация легочной ткани сохранна, равномерно прослеживается. В легочной ткани кистозных образований не выявлено. В левом легочном поле субплеврально определяются множественные образования округло-овальной формы, размером от 7×4 до 6,4×17,3 мм, в динамике они уменьшились, стали более плоскими, на широком основании, плотностью от 10 до 34 ед.Н. Фиброзно-

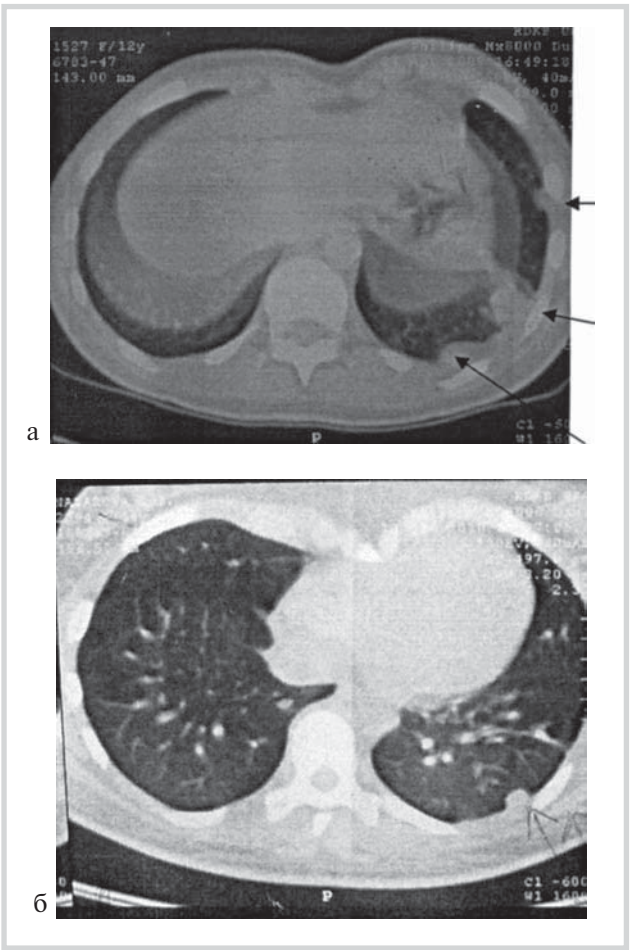


Рис. 2. **Компьютерные томограммы той же больной.**

а — через 18 мес после операции. Эхинококковые кисты в левом легком (стрелки); б — через 20 мес после консервативного лечения.

склеротические изменения в проекции S VIII—IX слева (область оперативного доступа), уменьшились до 16 мм, их плотность до 44 ед.Н. (рис. 2, б).

Учитывая положительную динамику после консервативного лечения и отсутствие признаков токсического воздействия препарата на организм больного, противопаразитарную терапию продолжили.

В 2 наблюдениях рецидив развился после операции по поводу нагноившейся кисты. Известно, что нагноение наступает после нарушения целостности хитиновой оболочки, что обусловливает длительный контакт паразитарной жидкости с фиброзной капсулой и в последующем способствует имплантации сколексов в ткань легкого. У этих пациентов во время операции по поводу рецидива выявлены множественные паразитарные кисты, локализовавшиеся в зоне предшествовавшего вмешательства.

Необходимо отметить, что рецидивов после прорыва эхинококковой кисты в бронх не наблюдалось, хотя в данной ситуации трудно исключить вероятность излития паразитарной жидкости в другие отделы трахеи и бронхов. По-видимому, это связано с защитной функцией эпителия бронхов.

Проведенное исследование показало, что причиной рецидива являлись позднее хирургическое вмешательство после прорыва эхинококковой кисты в плевральную полость (5 наблюдений), несвоевременная операция при нагноении эхинококковой кисты (2), нарушение технических приемов при выполнении первой операции (необоснованность доступа, 1 наблюдение).

Результаты нашего исследования показали, что и длительная, связанная с тяжелым состоянием больного предоперационная подготовка (в течение 3—12 сут) при прорыве эхинококковой кисты в плевральную полость [9], и применение метода трансторакального дренирования паразитарных кист с эвакуацией их гнойного содержимого, фрагментов хитиновой оболочки, дочерних пузырей с последующей санацией растворами антисептиков при выраженной клинической картине гнойной интоксикации [6] с позиций противорецидивных мероприятий нецелесообразны.

Таким образом, отсутствие патогномоничных признаков, особенно в начальной стадии заболевания, создает трудности в диагностике, вследствие чего около 40% детей поступают в стационар в стадии осложнений. Изучение отдаленных результатов лечения детей с эхинококкозом легких доказывает обоснованность применения щадящих методов лечения — эхинококкэктомии с соблюдением принципов апаразитарности и антипаразитарности, ликвидацией остаточной полости. Рецидив может развиться при нарушении техники операции. Наиболее часто он возникает при осложненной эхинококковой кисте, особенно если после прорыва паразитарной кисты в плевральную полость операция не проведена срочно. Эффективным представляется сокращение срока предоперационной подготовки. Чрезвычайно важна ранняя диагностика рецидива, поскольку при своевременном его выявлении возможно консервативное лечение.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Аскерханов Г.Р., Магомедов С.З.* Диагностика и хирургическое лечение осложненного эхинококкоза легких. Грудная и сердечно-сосуд хир 2006; 5: 49—53.
2. *Ахмедов И.Г., Курбанова А.И.* Ранняя диагностика рецидива эхинококковой болезни. Хирургия 2008; 11: 39—43.
3. *Гузеева Т.М.* Состояние заболеваемости паразитарными болезнями в Российской Федерации и задачи в условиях реорганизации службы. Мед паразитол 2008; 1: 3—11.
4. *Гумеров М.И.* Хирургическое лечение эхинококкоза легких у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Уфа 2003.

5. *Ибодов Х.И., Шарипов А.М.* Оптимизация диагностики эхинококкоза у детей. Детская хир 2011; 2: 38—40.
6. *Исламбеков Э.С., Исмаилов Д.А., Гафуров З.К.* Алгоритм предоперационной подготовки при хирургическом лечении эхинококка легких, осложненного прорывом в бронх. Вестн хир 2005; 164: 3: 30—36.
7. *Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Махмудов У.М.* Спорные вопросы и причины повторных операций при эхинококкозе. Анналы хир гепатол 12: 1: 29—35.
8. *Онищенко Г.Г.* О мерах по усилению профилактики паразитарных болезней в России. Мед паразитол 2003; 3: 3—7.
9. *Пулатов А.Т., Петлах В.И., Брянцев А.В. и др.* Прорыв эхинококковой кисты печени в плевральную полость. Детская хир 2002; 1: 41—44.
10. *Пулатов А.Т.* Эхинококкоз в детском возрасте. М: Медицина 2004; 224.
11. *Dincer S.I., Demir A., Sayar A., Gunluoglu M.Z., Kara H.V., Gurses A.* Surgical treatment of pulmonary hydatid disease: a comparison of children and adults. J Pediatric Surgery 2006; 41: 7: 1230—1236.
12. *Guska S., Cerimagic Z., Pilav I.* Conservative surgical treatment of pulmonary hydatid disease in children. Source Medicinski Arhiv 2007; 61: 1: 11—15.
13. *Oudni-M'Rad M., M'Rad S., Gorcii M., Mekki M., Belguith M., Harrabi I., Nouri A., Azaiez R., Mezhoud H., Babba H.* Cystic echinococcosis in children in Tunisia: fertility and case distribution of hydatid cysts. Bulletin de la Societe de Pathologic Exotique 2007; 100: 1: 10—13.
14. *Sahin E., Kaptanoglu M., Nadir A., Ceran C.* Traumatic rupture of a pulmonary hydatid cyst: a case report. Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery: TJTES 2006; 12: 1: 71—75.
15. *Tatar D., Senol G., Gunes E., Unsal S., Perim G.* Diagnosis and treatment of pulmonary cystic hydatidosis. Source Indian J Pediatrics 2008; 75: 10: 1003—1007.
16. *Zampoli M., Zar H.* Conservative management of a ruptured pulmonary hydatid cyst. Source Pediatric Pulmonology 2007; 42: 12: 1229—1232.

Поступила 01.07.11