

Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., Самсалиев А.Ж., Молдоисаев К.Б.

## ГНОЙНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Кыргызско-Российский славянский университет им. Б.Н. Ельцина, Бишкек, Кыргызстан;  
Городская детская клиническая больница скорой медицинской помощи, Бишкек, Кыргызстан

Mykyev K.M., Omurbekov T.O., Samsaliev A.J., Moldoisaev K.B.

### SUPPURATIVE COMPLICATIONS ECHINOCOCCOSIS LIGHT IN CHILDREN

Kyrgyz-Russian Slavic University after the name of B.N. El'cin, Bishkek, Kyrgyzstan;  
Municipal children's emergency hospital, Bishkek, Kyrgyzstan

#### Резюме

В работе изучена частота нагноившегося эхинококкоза легкого (НЭЛ) у детей, его клинические проявления, методы диагностики и лечения. Из 157 эхинококкэктомий легкого у 39 (24,8%) больных встретился НЭЛ. Преобладала локализация НЭЛ слева – у 24 (61,5%) больных, локализация в средней доле легкого отмечена у 13 (33,3%), в нижней доле – у 22 (56,4%) больных. Вскрывшиеся кисты легкого наблюдались у 53,8% больных, из них в бронх – у 35,9%, в плевральную полость – у 17,9%. Основным методом при диагностике была обзорная рентгенография органов грудной клетки, УЗИ брюшной и плевральной полостей, а также, по показаниям, КТ, ЯМРТ. Всем больным проведена эхинококкэктомия, у всех обнаружены бронхиальные свищи. Оптимальным методом ликвидации остаточной полости являлись поэтажные узловые швы с оставлением микроиригатора. В послеоперационном периоде у 12,8% больных отмечены осложнения: бронхиальные свищи – у 2-х, плеврит – у 3-х.

**Ключевые слова:** нагноившийся эхинококкоз легкого, эхинококкэктомия, поэтажные узловые швы, дети

#### Введение

Особенностью эхинококкоза у детей является экспансивный рост кист, достигающих больших и гигантских размеров, с осложнениями до 31% наблюдений [1, 2, 7]. Одним из наиболее тяжелых осложнений эхинококкоза легких наряду с перфорацией является нагноение эхинококковой кисты (ЭК), наблюдавшееся у 5–14% больных, сопровождающееся перекистозным воспалением с переходом у 5% пациентов в гнойно-септическую форму [3, 5, 8]. Осложненные формы заболевания протекают тяже-

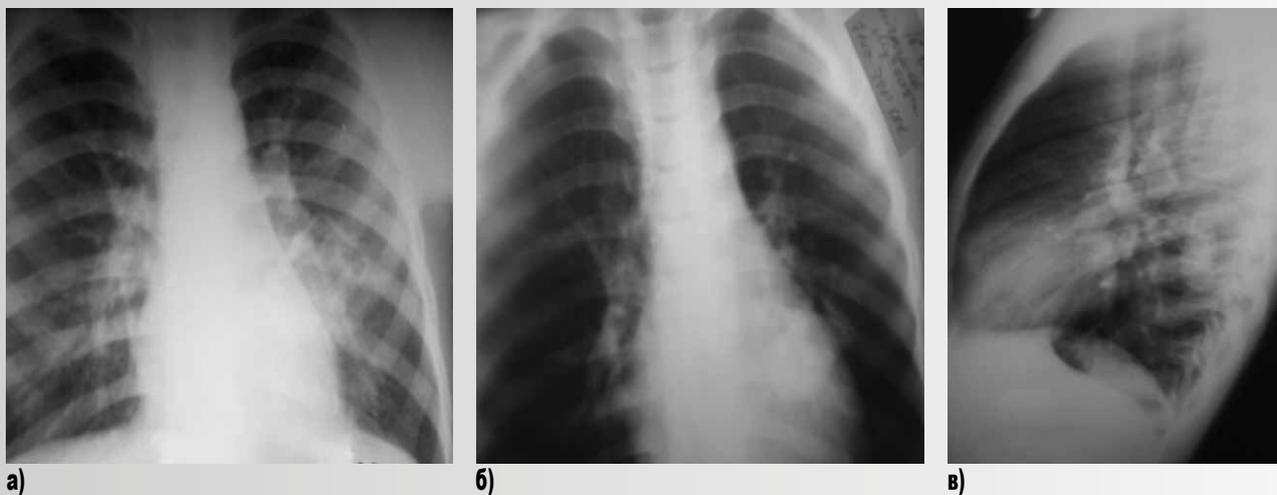
#### Abstract

There were the cases, clinical course, methods of diagnostic and treatment of pus-being eccinoccal disease of lung in children are studied in this work. From 157 cases of surgical ectomia of eccinoccal cysts in 39 (24,8%) cases there was pus-being eccinoccal cysts and major age of children was from 8 up to 17 years old 84,6%. The major localization was in left lung – 24 (61,5%) patients, in the middle lobe of lung – 13 (33,3%), lower lobe – 22 (56,4%) patients. Open cysts of lung – 53,8%, opening to the bronchi – 35,9%, to the pleural cavity – 17,9%. Methods of diagnostic-X-ray of lungs, U-sound of internal organs and pleural cavity, CT, MRI. Surgical ectomia of eccinoccal cysts were performed to the all patients. The method of choice to prevent from remaining cavities is step by step sutures with microirrigator. In all patients there were bronchial passes. In the postoperative period there were such difficulties as bronchial passes 2 cases, pleuritis – 3 cases.

**Key words:** suppurated lung echinococcosis, eccinococectomy, step by step sutures, children

ло, ухудшают результаты хирургического лечения, послеоперационные осложнения при них достигают 47,5% [1, 4, 10, 12]. Нередко дифференциальная диагностика нагноившегося эхинококкоза легкого (НЭЛ) с гнойно-воспалительными заболеваниями легких (абсцесс, деструктивная пневмония) и туберкулезом представляет определенные трудности [6, 9, 13].

В связи с ростом и сохранением эндемических природных очагов эхинококковой инвазии в Республике Кыргызстан, проблемы своевременной диагностики и профилактики эхинококкоза среди



**Рис. 1.** Рентгенограммы больного С. М., 7 лет 8 мес, с нагноившимся эхинококкозом левого легкого: а) обзорная рентгенограмма грудной клетки; в 6-м сегменте левого легкого снижение пневматизации за счет инфильтрации; б) после проведения курса антибиотикотерапии в передней проекции; в) боковая рентгенограмма после курса антибиотикотерапии



**Рис. 2.** Компьютерная томограмма органов грудной клетки больного С. М., 7 лет 8 мес, с нагноившимся эхинококкозом левого легкого: а) в передней проекции; б) в поперечном срезе: в 6-м сегменте левого легкого определяется округлый инфильтрат с четкими контурами, 30,0×40,0×34,0 мм с наличием воздуха, паренхима уплотнена

детей, особенно его осложненных форм, остаются актуальными [2].

**Цель исследования** – изучение частоты, особенностей локализации, клинической картины НЭЛ для оптимизации методов диагностики и лечения.

#### Материал и методы исследования

Проанализированы результаты лечения 157 детей с ЭЛ, проведенных в отделении торакальной

хирургии Городской детской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Бишкека в 2009–2014 гг. Больным проводилось комплексное обследование: общеклинические анализы, рентгенография органов грудной клетки в 2-х проекциях, УЗИ брюшной и плевральной полостей, ЭКГ, по показаниям КТ и МРТ грудной клетки. Рентгенографию проводили на аппарате фирмы «Philips», УЗИ на аппарате «Siemens sonoline sl-450», «Sonoace R7» (Япония). Всем больным выполняли эхинокок-

кэктомии. Из 157 больных детей с НЭЛ встретился у 39 (24,8%), из них в возрасте от 3-х до 7 лет – у 6; возраст большинства – 33 (84,6%) – больных с НЭЛ варьировал от 8 до 17 лет.

### Результаты исследования и их обсуждение

При изучении локализации НЭЛ в правом легком наблюдался у 15 (38,5%) пациентов, в левом легком – у 24 (61,5%) больных; в верхней доле легкого – у 4-х (10,2%), в средней доле – у 13 (33,3%), в нижней доле – у 22 (56,4%) больных. Сочетанная форма поражения с эхинококковыми кистами печени диагностирована у 5 (12,8%) больных. Вскрывшиеся кисты (ВК) легкого наблюдались у 21 (53,8%), из них в бронх – у 14 (35,9%), в плевральную полость – у 7 (17,9%) больных.

При клинической картины НЭЛ при не вскрытых кистах отмечали острое начало с повышением температуры тела, сухой кашель, боли в грудной клетке, симптомы интоксикации, отставание в физическом развитии. При ВК в бронх были жалобы на приступообразный кашель, особенно при перемене положения тела ребенка с отхождением гнойной мокроты и жидкостное содержимое, иногда с примесью крови, вынужденное положение больного, появления аллергической и геморрагической сыпи на коже. При ВК в плевральную полость – приступообразный кашель, ОДН, тахикардия, боли в грудной клетке, интоксикация, сыпь. У 75% больных отмечено отставание в физическом развитии. При больших кистах определялась деформация грудной клетки в виде выпячивания. В анализах крови отмечены анемия, лейкоцитоз, ускоренная скорость оседания эритроцитов (СОЭ).

Основными методами диагностики эхинококкоза являлись обзорная рентгенография органов грудной клетки и ультразвуковое исследование (УЗИ), при необходимости выполняли томографию. Для дифференциальной диагностики с абсцессом легкого или бактериальной деструктивной пневмонией проводили пробный курс антибиотикотерапии и повторно делали рентгенографию (рис. 1) органов грудной клетки. Гнойно-воспалительные

процессы вокруг паразитарной кисты рентгенологически определялись в виде инфильтративных перифокальных наложений. При отсутствии на обзорной рентгенограмме волнообразной четкой тени хитиновой оболочки, особенно при ее расплавлении, у 9 больных назначали КТ и МРТ органов грудной клетки (рис. 2). У 7 больных ввиду подозрения на специфический процесс в легких проводили обследование с участием фтизиатров, 2 детей после полного курса лечения поступили для наблюдения в центр фтизиатрии.

Лечебная тактика при ВК в плевральную полость заключалась в ее дренировании и проведении антибиотико- и десенсибилизирующей терапии с восстановлением параметров гомеостаза. Всем больным с НЭЛ произведены торако- и эхинококкэктомия. В 25,6% случаев при вскрытии кисты обнаружено расплавление хитиновой оболочки с заполнением остаточной полости гноем. При ее обследовании у всех больных в остаточной полости кисты обнаружены бронхиальные свищи. После тщательной санации и антипаразитарной обработки остаточной полости ее устраняли узловыми поэтажными швами в наиболее податливом направлении с оставлением в остаточной полости микроирригатора.

У 9 больных с большими кистами проводили частичное иссечение фиброзной капсулы с тщательным гемостазом. В ближайшем послеоперационном периоде у 5 (12,8%) больных наступили осложнения: у 2-х обнаружен бронхиальный свищ, у 3-х – плеврит. При бронхиальном свище проведена его блокада с последующим удалением бронхо-блокатора. При плевритах проводили дренирование плевральной полости с проточным промыванием. Все больные выздоровели.

### Заключение

Нагноение эхинококковых кист легких встречается почти у каждого четвертого больного (24,8%). Лечебная тактика основана на раннем выявлении осложнения и оперативном лечении, включавшем тщательную санацию с противопаразитарной обработкой и наложением поэтажных швов.

## Список литературы

1. *Абдуфатов Т.А.* Сравнительная оценка методов эхинококкэктомии легкого у детей: Дисс. ... канд. мед. наук. – Душанбе, 1991. – 155 с.
2. *Акматов Б.А.* Активное комплексное выявление и хирургическое лечение ранних форм и рецидивов эхинококкоза: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1989. – 42 с.
3. *Гельдыев А.Г.* Эхинококкозы в Туркмении: Дисс. ... д-ра мед. наук. – Саратов, 1993. – 256 с.
4. *Гилевич М.Ю.* Диагностика и хирургическое лечение эхинококкоза: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – М., 1987. – 42 с.
5. *Давлятов С.Б.* Сочетанный осложненный эхинококкоз у детей: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – Уфа, 2012. – 38 с.
6. *Ибодов Х.И., Шарипов А.М.* Выбор метода хирургического лечения детей с эхинококкозом легких // Дет. хирургия. 2010. №6. С. 18–23.
7. *Пулатов А.Т.* Эхинококкоз в детском возрасте. – М: Медицина, 2004. – 224 с.
8. *Пулатов А.Т., Петлах В.И., Карасева О.В.* Об эхинококкозе верхней доли легкого у детей // Детская хирургия. 2001. №3. С. 8–12.
9. *Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Гаффаров У.Б.* Отдаленные результаты лечения эхинококкоза печени и легких у детей // Дет. хирургия. 2008. №5. С. 46–48.
10. *Boussetta K., Siala N., Brini I., Aloui N., Sammoud A., Hammou A., Chaouachi B., Bousnina S.* The hydatid cyst of the lung in children: 54 cases Article in French // Tunis Med. 2005, Jan. Vol. 83, N 1. P. 24–27.
11. *Keramidas D., Mavridis G., Soutis M., Passalidis A.* Medical treatment of pulmonary hydatidosis: complications and surgical management // Pediatr Surg Int. 2004, Jan. Vol. 19, N 12. P. 774–776.
12. *Pérez-Molina J.A. et al.* Evaluation of nitazoxanide for the treatment of disseminated cystic echinococcosis: report of five cases and literature review // Am. J. Trop. Med. Hyg. 2011. Vol. 84, N 2. P. 351–356.
13. *White T.J.* The future of PCR technology: diversification of technologies and applications // Trends Biotechnol. 1996. Vol. 14. P. 478.

## Авторы

<b>МЫКЫЕВ</b> <b>Калыбек Мыкыевич</b>	Заведующий кафедрой детской хирургии медицинского факультета Кыргызско-Российского славянского университета им. Б.Н. Ельцина, кандидат медицинских наук. 720048, Кыргызстан, г. Бишкек, микрорайон Тунгуч, д. 64, кв. 19. Тел.: (0996) 44-79-39 (дом.), (0996) 550-067-798 (моб.). E-mail: kalybek50@mail.ru.
<b>ОМУРБЕКОВ</b> <b>Талантбек Ороскулович</b>	Главный врач Городской детской клинической больницы скорой медицинской помощи (ГДКБ СМП) г. Бишкека, заведующий кафедрой детской хирургии Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева, доктор медицинских наук. 720021, Кыргызстан, г. Бишкек, ул. Байтик-Баатыра, д. 8а. Тел.: (0996) 557-297-070 (моб.). E-mail: Omurbekov@mail.ru.
<b>САМСАЛИЕВ</b> <b>Абдумалик Жоробекович</b>	Заведующий отделением торакальной хирургии ГДКБ СМП, кандидат медицинских наук. Тел.: (0996) 773-253-526 (моб.).
<b>МОЛДОИСАЕВ</b> <b>Каныбек Бейшебаевич</b>	Ординатор отделения торакальной хирургии ГДКБ СМП. Тел.: (099) 778-688-767 (моб.).