

10. Buttenschoen K., Gruener B., Buttenschoen D.C. et al. Palliative operation for the treatment of alveolar echinococcosis. Langenbecks Arch Surg 2009; 394: 199-204.

11. J. Usabalieva, G. Minbaeva, I. Ziadinov, P. Deplazes, P.R. Torgerson Human Alveolar Echinococcosis in Kyrgyzstan Emerging Infectious Diseases Vol. 19, No. 7, July 2013 P. 1095-1097

12. Kawamura N., Kamiyama T., Sato N. et al. Long-term results of hepatectomy for patients with alveolar echinococcosis: a single-center experience. Journal of the American College of Surgeons 2011; 5: 804-812.

13. Kern P., Bardonnat K., Renner E. et al. European echinococcosis registry: human alveolar echinococcosis, Europe 1982—2000. Emerg Infect Dis 2003; 9: 343-349.

УДК 616.24-089:616.27-089-053.3

Н.С. Александрова, Е.Г. Некрасова
ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ЛЕГКИХ И СРЕДОСТЕНИЯ
У ДЕТЕЙ

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

N.S. Alexandrova, E.G. Nekrasova
CONGENITAL MALFORMATIONS OF THE LUNGS AND
MEDIASTINUM IN CHILDREN

Department of Tuberculosis and Pulmonology
Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russian Federation

Контактный e-mail: 1002nata90@mail.ru

Аннотация. Представлен многофакторный анализ 140 случаев врожденных пороков развития легких (агенезия легкого, гипоплазия легкого простая и щная, лобарная эмфизема, секвестрация легкого и др.) и 41 случай врожденных кист средостения различного происхождения. Отражен современный диагностический комплекс, оперативное лечение данной патологии.

Annotation. Submitted by multivariate analysis of 140 cases of congenital lung development (agenesis of the lung, lung hypoplasia and cystic simple, lobar emphysema, lung sequestration, etc.) And 41 cases of congenital mediastinal cysts of various origins. It reflects modern diagnostic equipment, surgical treatment of this pathology.

Ключевые слова: врожденные пороки развития легкого и средостения,

диагностика и лечение

Keywords: congenital malformations of lung and mediastinum, diagnosis and treatment.

Введение

На сегодняшний день врожденные пороки развития (ВПР) органов грудной клетки – легких и средостения – являются актуальной проблемой [1,2,4,5]. К наиболее частым порокам, связанным с развитием анатомических, структурных и тканевых элементов легкого, следует отнести агенезию и аплазию легких, гипоплазию, врожденную долеую эмфизему; к порокам развития, связанным с наличием избыточных дизэмбриогенетических формирований - добавочное легкое с аномальным кровоснабжением (внедолевая секвестрация), кисту легкого, гамартому. [2, 3, 4, 6, 7]. Развитие пороков развития легких и средостения связано с нарушением этапов эмбриогенеза [1, 4]. Врожденные аномалии бронхолегочной системы и средостения сопровождаются нарастающим нарушением функции, необходимо выполнять операцию уже в раннем возрасте [1,2,3,5].

Порок развития легких – патологическое состояние бронхолегочной системы, обусловленное нарушением нормального развития легких в эмбриогенезе. Пренатальная диагностика и тактика при врожденных аномалиях легких и средостения. Диагностика всегда возможна на ранних сроках гестации (с 18-20 недели). При одностороннем или ограниченном объеме поражения беременность рекомендуется сохранить. При обширном или двустороннем поражении органов показана внутриутробная МРТ. При двустороннем процессе беременность лучше прервать.

Пороки могут проявляться сразу после рождения и требуют экстренной коррекции, или существовать в течение всей жизни ничем себя не манифестируя. Большинство легочных аномалий являются основой для развития хронических воспалительных процессов [1, 3].

Кистозные образования грудной полости в 15% случаев протекают бессимптомно. Большую роль в диагностике играют лучевые методы исследований [1,2,4], так как своевременно установленный диагноз позволяет избежать развития осложнений, провести радикальное оперативное лечение в плановом порядке [1, 2, 5].

Цель исследования - оценка результатов оперативного лечения врожденных пороков развития легких и средостения у детей.

Материалы и методы исследования

В торакальной хирургии ОДКБ №1 за период с 2005 по 2014 гг. пролечено 140 детей с диагнозом «врожденный порок развития легкого», что составило 3% от общего количества детей. Из них 56,4% составила гипоплазия легких (простая 41,9% и кистозная 14,5%). Аплазия легких была обнаружена у 9,4% детей. Остальные нозологии встречались в меньшем количестве: врожденные кисты легких и артериовенозные мальформации у 6% детей, в 5,1% случаев была выявлена врожденная лобарная эмфизема, всего лишь в 2,6%

и 1,7% случаев встречались агенезия легкого и секвестрация легкого, соответственно.

В клинике за период с 2007 по 2014 гг. пролечен 41 ребенок по поводу кистозных образований грудной полости. В нозологической структуре кистозных образований у детей чаще встречаются кистозно-аденоматозная мальформация легких, паразитарные кисты, врожденные кисты легких и средостения.

Из анамнеза установлено, что в 90% случаев дети с ВПР легких и средостения родились доношенными. Из особенностей беременности чаще всего одинаково часто встречались гестоз и инфекционно-воспалительные заболевания. Возраст ребенка при установлении диагноза «кистозное образование грудной полости» в 51% случаев составил старше 7 лет.

Всем детям проводилось комплексное обследование (обзорная рентгенография грудной клетки, УЗИ плевральных полостей, бронхоскопия, бронхография, КТ грудной клетки, спирография, радиоизотопная сцинтиграфия) для верификации диагноза, опорными диагностическими критериями которого являлись данные лучевых методов диагностики (КТ органов грудной клетки). Статистическая обработка данных проводилась в программе Excel.

Результаты исследования и их обсуждения

Клиника кистозных образований органов грудной полости зависит от локализации и размеров кисты, характера и темпа роста, степени компрессии прилежащих структур, наличия сообщения с бронхиальным деревом, вида присоединившихся осложнений. В клинической картине чаще всего присутствовали признаки дыхательной недостаточности, в 34% случаев течение заболевания было бессимптомным. Предоперационный период в 70% случаев протекал без осложнений, у 10 детей было нагноение кисты, у 3х – напряжение кистозного образования.

Показания к раннему хирургическому лечению (первые 3 месяца жизни) возникли при: кистоаденоматозной мальформации (КАМ) любого типа, внутрилегочной секвестрации, внелегочной секвестрации с выраженным объемным воздействием, любые кисты средостения (бронхогенные, энтерогенные, гастрогенные), опухоли средостения и легких. Причины активной хирургической тактики: при пороках развития легких и средостения высок риск инфицирования и малигнизации; развитие синдрома внутригрудного напряжения. Разнообразен спектр оперативных вмешательств при врожденных аномалиях грудной клетки: лобэктомия выполнена у 12,3% детей; атипичная резекция проведена в 10,9 % случаев; пульмонэктомия в 1,4% случаев (у одного ребенка) по поводу стеноза правого главного бронха; резекция доли легкого 23,3%, фенестрация 16,4%; цистэктомия были проведены у 5,5% пролеченных детей. Торакоскопическая сегментэктомия выполнена у 2,7% детей, удаление образование средостения – 19,2%, билобэктомия – 8,2%.

Оперативные вмешательства, применявшиеся для лечения кистозных

образований грудной полости, в большинстве случаев были щадящими, органосохраняющими (цистэктомия, фенестрация кисты). Билобэктомия была выполнена всего у 2х детей. Послеоперационных осложнений и летальных исходов не было. Оперированные по поводу ВПР легких и средостения дети находятся на длительном динамическом наблюдении у торакального хирурга.

Выводы

1. Врожденные пороки развития легких и средостения – достаточно редкая в популяции патология, требует совершенствования антенатальной диагностики, современных методов визуализации в постнатальном периоде, правильных лечебно-тактических решений и по показаниям оперативной помощи только в специализированном стационаре.

2. Применение высокотехнологичных методов диагностики позволяет установить точное анатомо-топографическое расположение кистозных образований грудной полости и является гарантом успеха оперативного лечения и отсутствия интра- и послеоперационных осложнений

3. Приоритетными являются органосохраняющие операции (фенестрация, цистэктомия), а перспективными – торакоскопические методы удаления кистозных образований легких и средостения.

Литература:

1. Ю.Ф. Исаков. Детская хирургия, Национальное руководство / под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова. //Москва, «ГЭОТАР-медиа», 2009. –С. 231 -241.

2. Разумовский А.Ю., Пороки развития и врожденные заболевания легких. /Разумовский А.Ю., Рачков В.Е. //Болезни органов дыхания. Том 5.

3. Бушмелев В.А. Врожденные пороки развития легких в структуре хронических заболеваний легких у детей (диагностика и лечение). / Бушмелев Вениамин Александрович, Стерхова Е. В. //Практическая медицина». №31.- 2008.- С. 74-80.

4. Закиров И.И. Врожденные пороки развития трахеобронхиального дерева у детей. / Закиров И.И., Сафина А.И.//Вестник современной клинической медицины. -№6.-2014. – С. 77-81.

5. Торакоскопические операции при пороках легких у новорожденных и детей грудного возраста. Степаненко Н.С. Разумовский А.Ю. Детская хирургия №4. - 2012 г.- С. 52 -55.

УДК 616.71-007.234.001.089

**Амонов Г.Т., Ибрагимов С.Ю., Эранов Ш.Н., Тиляков Х.А.
ПЕРКУТАННАЯ ВЕРТЕБРОПЛАСТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ
НЕОСЛОЖНЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА НА ФОНЕ
ОСТЕОПОРОЗЕ.**

Кафедра неврологии, нейрохирургии, травматологии и ортопедии
Самаркандский Государственный медицинский институт
Самарканд, Узбекистан.