

ӨКПЕ ЭХИНОКОККОЗЫНЫҢ САРАЛАУЛЫ ЕМІ

Авторлармен соңғы 25 жыл ішінде әр формалы өкпе эхинококкозы бар 824 науқастың хирургиялық емінің анализі жүргізілді. Өкпенің овалды-созылмалы формалы эхинококк кистасының ең жиі кездесетін және ең күрделі түрлеріне жартылай кистетті тігіс салу отадан кейінгі асқынулары аз, қалдық қуысты жоюдағы ең оңай және ең тиімді әдіс болып табылады. Күрделі конфигурациялы кисталары бар 43 науқаста паразиттік киста орнын жабуда 2-3 отаның біріктірілген әдісі қолданылды. Өкпе эхинококкозының қалдық қуысын жоюда дифференциялық емдеу жолы осы патологияда қолданылатын ағза сақтаушы ота санын 79,2%-дан 92,4%-ға дейін жоғарылатты, сонымен бірге өлім-жітімнің 2,3 есе, ал асқынудың 1,6 есе төмендеуіне алып келді. Бұл көрсеткіштер эхинококкоздан эндемиялық аудандарда әлеуметтік және медициналық реабилитация көзінен маңызы аз емес.

Түйінді сөздер: өкпе эхинококкозы, қалдық қуыс, ота әдістері, сараламалы ем.

Тақырыптың өзектілігі. Қазіргі таңда дәрігерлерден паразитологиялық сақтық талап етіледі. Мұндай сақтық гельминтоздар, соның ішінде эхинококкоздың кең таралуымен байланысты. Эхинококкоздың және оның біріншілік түрінің жиілігінің төмендеуі биология, медицина және ветеринариядағы жетістіктер мен денсаулықты жақсарту шараларына байланысты болды. Қазіргі кезеңде ауру жиілігінің жоғарылауына қайта ауысып отыр, бұл жағдай өтпелі кезеңнің қиыншылықтары, ветеринариялық қызметтің қысқаруы, экологиялық мәселелер және алдын-алу шараларының нашарлауымен тікелей байланысты [1,2,3,4,5]. Эндемиялық аймақтарда эхинококкоздың қайталамалы жұғу мүмкіндігі және ота жасаудың көрсеткіштері жоғарылауда, қолданатын ем ішінде ағзасақтаушы ота таңдамалы әдіс болып табылады. Өкпе эхинококкозының емінде отаның 10 аса әдісін немесе модификациясын қолдану, ота әдістерінің көптігін немесе бар әдістердің жетілмегендігін емес, аурудың кезеңіне, зақымдану сипатына, көлеміне, түріне және өкпедегі эхинококктық кистаның санына байланысты ота түрін саралау арқылы ем жүргізу қажеттілігін дәлелдейді. [6,7,8,9,10,11,12,13].

Зерттеу материалдары және әдістері. Біздің тәжірибемізде соңғы 25 жыл ішінде өкпе эхинококкозы бойынша 824 науқас хирургиялық ем алған. Соның ішінде 480-ер адам, 344-әйел адам. Науқастардың жасы 2,5 –нан 74 жас аралығында. Балалардың жиі зақымданатынын атап өту қажет-294(35,7%). 593 науқаста (72,0%) –дара киста, 99 (12,0%) –көптеген киста, 132 (16,0%) негізінен бауырдың зақымдалуымен біріккен киста (соның ішінде 19 науқаста бір уақытта екіжақты және біріккен зақымданулар кездесті). Өкпе эхинококкозының әртүрлі зақымдану ошақтары сипатталды: 447 науқаста (54,2%) – оң өкпе, 310 науқаста (37,6%) – сол өкпе, 67 науқаста (8,1%) – екіжақты зақымдану кездесті. Соның ішінде 454 науқаста (55,1%) – асқынбаған, 370 науқаста (44,9%) – асқынған өкпе эхинококкозы анықталды. Асқынған түрінде 170 науқаста (20,6%) – өкпе эхинококкозының өкпе бронхтарына, 31 науқаста (3,4%) – плевра қуысына ашылуы, 167 науқаста (20,3%) – іріңдеуі, 2 науқаста (0,2%) өкпенуі байқалды. 704 науқаста (85,4%) – ағзасақтаушы ота, 120 науқаста (14,6%) – өкпе резекциясының әртүрлі әдістері қолданылды.

Қазіргі уақытта ашық эхинококэктомия жасауға көрсеткіштер кенеттен шектелген. Бұл әдіс септикалық көріністегі гиганттық асқынған кистасы бар, жағдайы ауыр науқастарға Аскерханов және Эль-Муалля әдістері бойынша жартылай жабық эхинококэктомия радикалды операциясын қолдану қауіпті болған жағдайда тағайындалады. Ашық эхинококэктомия 7 науқаста қолданылып жақын аралықтағы жақсы нәтижесін көрсетті. 26 науқаста өкпенің үнемді резекциясының сына тәрізді және шеттік түрін кистамен бірге резекциялау жүргізілді. Көп жағдайда шеттік резекция кезінде өкпенің қырында орналасқан кішігірім іріңдік кисталар анықталды. Соңғы кездері ота прецезионды резекция әдісімен жасалады.

Өкпе тінінің аймағындағы фиброзды және перифокальды өзгерістері бар, гигантты және орталығында орналасқан кисталарда толық бөлікті (екі бөлік) қамтитын үлкен іріңді кисталары бар 90 науқасқа лобэктомия және билобэктомия операциясы қолданылды.

Өкпенің толық тұрақсыздығы және кистаның жедел фиброздануымен асқынған 4 науқасқа пульмонэктомия жасалды. Соның ішінде 2 науқаста гигантты кистаның түбір маңайында орналасуы, қалған науқастарда өкпе қызметінің толықтай шектелуімен асқынған бір жақты көптеген киста (1) және көптеген рецидивті асқынған кисталар кездесті.

Цилиндр және конус тәрізді өкпе ішінде орналасқан, асқынбаған орташа және кіші көлемді кисталардың емінде Дельбе бойынша жабық эхинококэктомия жасау 69 науқасқа таңдаулы әдіс болып табылды. Бұл әдісті ригидті қабырғасы бар үлкен кисталарда қолдану адекватты емес болып есептеледі.

285 науқасқа қолданылған Бобров-Спасокукоцкий операциясы орташа және кіші көлемді кисталарда қарапайым эффективті болғанымен, гигантты, үлкен және асқынған кисталарда қолданған кезде жақын және алшақтатылған отадан кейінгі кезеңдерде келесідей кемшіліктер болды: өкпеде бронхоэктаз және іріңдеумен асқынған қалдық қуыстардың қалыптасуы, пневмосклероздық аймақтары бар өкпе тініндегі өрескел тыртықтық өзгерістер. Нәтижесінде 5 науқасқа қайталамалы ота: 1- пульмонэктомия, 2- лобэктомия, 2- бронхиалды жыланкөздер мен қалдық құстарды қайта тігу мақсатында – реторакотомия операциялары жасалды.

Асқынбаған кистасы бар 34 науқасқа А.А.Вишневский әдісімен эхинококэктомия жасалды. Бұл әдісті қолдану кистаның көп бөлігі өкпе тінінің беткейінде және 1/3 бөлігі өкпе тініне терең орналасқан орташа, үлкен және гигантты кисталарда көрсеткіш болып табылады. Фиброзды капсуланың бос шетін тілгеннен кейінгі қалған аймақ «тегіс төрелкеге» ұқсауы қажет, егер қалдық қуыс терең болса, операция адекватты емес болып есептеледі.

Бобров-Спасокукоцкий және Дельбе әдістерінің кемшіліктері 2,7%-76% жағдайда қалдық қуыстың түзілуі және 12%-24% науқаста қалдық қуыстың іріңдеуі болды [14,15]. Үлкен көлемді және өкпе ішінде орналасқан кисталарда тереңдетілген тігістер салу өкпе тінінде жедел деформация және кең көлемді ателектаз туындайды [16]. Д.Хаджиев, З. Бахариев мәліметтері бойынша А.А. Вишневский әдісімен ем жүргізгенде, өкпеқап қуысында қалдық түзіліс, өкпе коллапсы және өкпе қабының инфицирленуімен асқынған екіншілік бронхиолды жыланкөздердің туындау қаупі тәрізді кемшіліктерін атап көрсеткен [17].

Паразитарлы киста өкпе тіні қалыңдығының $1/2 - 2/3$ көлемінде орналасқанда (60% жағдай) және 35%-45% науқастарда үлкен, гигантты және асқынған кисталарда фиброзды капсуланың қалдық қуысын ликвидациялауда қиындықтар кездесті. Үлкен көлемді кисталардың сопақша-жұмыртқа тәрізді формада кездесуі және өкпе тінінде орналасуымен біріккенде көлденең кистетті тігістермен Дельбе бойынша капитонаж салу мүмкін емес, себебі қуыстардың шетін жақындатуда қиындықтар тундайды. Бобров-Спасокукоцкий әдісімен тігіс салу іріңмен асқынған жалған кисталардың пайда болуына және өкпе тінінде айтарлықтай деформациялар туындатуы мүмкін. А.А. Вишневский әдісімен киста орнын ашық қалдыру ұзақ экссудациямен асқынған плевра қуысындағы «терең төрелке» тәрізді түзіліске әкеледі. Жоғарыда аталып өткен кемшіліктер өкпе тініндегі қуыстарды жабуда біздің көзқарасымызды өзгертуге әсер етті. Осы науқастарда ЭК қалдық қуысты ликвидациялау көптеген техникалық қиындықтар тудырады, сондықтан тәжірибеге тігінен жартылай кистетті тігістермен (ТЖКТ) капитонаж салу енгізілді.

Қалдық қуыс кішігірім жыланкөздерде алдын-ала тігіс салмай, арақашықтығы 2,0-2,5 см болатындай, капрон және лавсан жіптерімен бірнеше қатар параллель жартылай кisetті тігістер арқылы ликвидацияланады.

Осы капитонаж әдісі 3-тен 74 жас аралығындағы 246 науқасқа қолданылды. 85 (34,5%) науқас 14 жасқа дейінгі балалар болды. 98 науқаста (39,8%) кистаның іріңдеуі, 91 (37,0%) науқаста-үлкен және гигантты кисталар, 130 (52,8%) науқаста- орташа, 25 (10,2%) науқаста- кіші көлемді кисталар кездесті. 15 науқаста (6,1%) отадан кейінгі асқыну болды. Өлім –1 (0,4%), өлім ота әдісіне емес, балада екіжақты көптеген өкпе эхинококкозымен байланысты болды.

Паразиттік киста өзінің өсу барысында өкпенің әр текті тіндерінен бірегей емес кедергіге ие, кедергісі ең төмен тінге қарай өседі, кей кездері тар, кең бөліктері бар, шеткі тарамдануы бар күрделі конфигурацияға ие болады. Сол себепті осындай күрделі қуыстарды деформациясыз, өкпе ателектазы және т.б. техникалық қиындықсыз жалпы таралған әдістермен жою мүмкін еместігі айқын. Осыған орай, науқастарды үлкен жарақаттылыққа ие өкпе резекциясына алу – өзін ақтамайтын әдіс болып табылады.

Конфигурациясы күрделі, ликвидациясы техникалық қиындық туғызатын паразиттік кистасы бар науқастарды емдеу үшін клиникаға қалдық қуысты жабу үшін жалпы қолданылатын 2-3әдісті қоса отырып жасалатын - **біріккен әдіс** енгізілген. Осы біріккен әдісті қолдана отырып, өкпе эхинококкозы бар 4-68 жас аралығындағы 43 науқасқа ота жасалынды. Ер саны – 25, әйел – 18, бала – 14. Соның ішінде 25 науқаста – кистаның іріңдеуімен асқынған, 27 науқаста – үлкен және гигантты кисталар.

Төменде келтірілген біріккен әдістер қолданды.

1. Дельбе әдісі + ТЖТК (тігінен жартылай кisetті тігіспен капитонаж) бойынша ота 20 науқасқа қолданылды. Ол кезде фиброзды капсуланың тар, терең бөлігіне 1-2 қатар кisetті тігіс, ал кең беткей бөлігіне 3-5 қатар жартылай кisetтік тігіс салынады.

2. Алжирлік әдіс(үздіксіз қайтармалы тігіс) + ТЖТК бойынша ота 10 науқасқа қолданылды. Ол кезде фиброзды капсуланың тар, терең, ұзын бөлігіне 1-2 қатар үздіксіз қайтармалы тігіс, ал кең беткей бөлікке 3-5 қатар жартылай кisetтік тігіс салынады.

3. Алжирлік әдіс+ А. А. Вишневский бойынша ота 5 науқасқа қолданылды. Ол кезде фиброзды капсуланың тар, терең, ұзын бөлігіне 1-2 қатар үздіксіз қайтармалы тігіс салынады, ал кең беткей бөлік «жалпақ төрелке» тәрізді ашық қалдырылады.

4. Дельбе әдісі + А. А. Вишневский бойынша ота 5 науқасқа қолданылды. Ол кезде фиброзды капсуланың тар, терең, ұзын бөлігіне 1-2 қатар кisetті тігіс салынады, ал кең беткей бөлік «жалпақ төрелке» тәрізді ашық қалдырылады.

5. Дельбе әдісі + Алжирлік әдіс + ТЖТК бойынша ота қалдық қуысы күрделі құрылымды 3 науқасқа қолданылды. Ол кезде фиброзды капсуланың тар, терең бөлігіне 1-2 қатар кisetті тігіс, кең ұзын бөлігіне 1-2 қатар үздіксіз қайтармалы тігіс салынады, тар ұзын бөлігіне 3-5 қатар жартылай кisetтік тігіс салынады.

Қорытынды: Соңғы 9 жыл ішінде өкпе эхинококкозы бар 392 науқас отаға алынды.Клиникаға ТЖТК және біріктірілген әдіс енгізу нәтижесінде өкпе резекциясы тек 30 (7,6%) науқаста жасалынды. Зерттеу алдыңғы жылдары өкпе эхинококкозы бар 432 науқастың 90(20,8%) өкпе резекциясына ұшырады, яғни бұл 3 есе көп. Өкпе эхинококкозының ағзасақтаушы операцияларының 79,2%-дан 92,4%-ға дейін өсуі, науқастардың көпшілігінің толықтай әлеуметтік және медициналық реабилитациясына әсері зор.

Жүргізілген зерттеулерді негіздей отырып, біз өкпе эхинококкозының келесі ота түрлерін ұсынамыз:

1. Асқынбаған, іріңдеген, көбінесе өкпе ішінде орналасқан (өкпе тінінің $\frac{1}{2}$ - $\frac{2}{3}$ көлемі), кез келген өлшемдегі, овальды немесе соған жақын формалы киста түрінде тігінен жартылай кiset тігісімен капитонаж. Ұсынылған капитонаж түрі өкпе эхинококкозы бар науқастардың 40-50 %-ында орындалуы мүмкін. Кейбір күрделі жағдайларда (күрделі конфигурациялы киста)басқа да ота әдістерімен біріктіру жүргізіледі.

2. Өкпе резекциясына көрсеткіштер болып табылады: өкпенің өткір ұшында орналасқан кіші көлемдегі кисталар; бір немесе екі бөлік көлемінде, айналасында қызмет атқармайтын өкпе тіні бар асқынбаған киста; іріңдеумен асқынған кисталар (бір немесе көптеген) айқын іріңді-қабынулы өзгерістермен, айналасындағы өкпе тінінің фиброзымен. Науқастардың 10%-15%-ында –өкпе резекциясын жасау мәжбүрлі.

3. Дельбе әдісімен капитонаж өкпе эхинококкозы бар науқастардың өкпеішілік, өкпе осіне қарағанда тігінен орналасқан цилиндр немесе конус тәрізді қалдық қуысы бар, көп жағдайда асқынбаған киста кезінде 10%-15%-ында көрсетілген. Тек осы жағдайда ішкі көлденеңнен кisetті тігіс салу арқылы кистаның қабырғаларын тығыз жақындатып, асқынулардың алдын-алуға болады.

4. А. А. Вишневский бойынша эхинококкэктомия кез келген өлшемдегі киста түрінде, асқыну түріне байланыссыз, өкпеден $\frac{2}{3}$ және одан да көп көлемде шығып тұрған, бронхтік жыланкөздерді (БЖ) тігу техникалық қиындықсыз жүргенде қолданылады. Орташа алғанда жоғарыда айтылған шарттар 10%-15% кездеседі.

5. Бобров-Спасокукоцкий бойынша эхинококкэктомия өзінің оңай орындалуы мен жеткілікті тиімділігі әсерінен кіші және орташа (10%-дан артық емес) көлемді кисталарда, және де паразиттік кистаның паразиттік емес кистаға ауыстыру мақсатында, үлкен және гиганттық кисталарда да қолданылуы керек.

6. Күрделі конфигурациясы бар киста кезінде өкпе жарақаттылығы жоғары өкпе резекциясын орындамау үшін, отадан кейінгі кезең және емнің қорытындысының нашар көрсеткішінің алдын алу үшін, кистаның қалдық қуысын жоюдың біріктірілген әдісін қолдану керек. Ол бір кезеңде сәйкес бірнеше ота түрлерін біріктірумен көрініс табады. Осы әдіс өкпе эхинококкозы бар 4%-8% науқастарда көрсетілген.

7. Қазіргі уақытта ашық эхинококкэктомияға шек қойылуы қажет. Ауыр, әлсіз, егде жастағы науқастарда оның өзгертілген түрі – Аскерхан немесе Эль-Муалль бойынша жартылай жабық эхинококкэктомия қолданылады.

Оң өкпе және бауырдың оң бөлігінің диафрагмалық бетінің эхинококкозы кезінде плевра арқылы жету, диафрагмотомия жүргізіп, өкпенің және бауырдың бір этапты, бірмоментті эхинококкэктомиясы жүргізіледі. Осы жолмен 34 науқасқа ота жасалынды (соның ішінде 25 науқаста – төменгі бөлік, 6 науқаста – орташа бөлік, 3 науқаста – жоғарғы бөлік зақымданған. Бірэтапты, кезегінен жүретін лапаротомия жолымен ота 18 науқасқа өткізуге мәжбүр болды. Соның ішінде алдымен оң (13) немесе сол (5) өкпе бөлігі, кейін бауырда (төменгі сегмент, сол бөлік) жасалынды (жалпы жағдайы жақсы, отаның кеуде ішілік этапында асқынусыз өткен жағдайда). Қалған науқастарға 2-3 этапты ота жасалынды.

Түрлі өкпе эхинококкозына байланысты жүргізілген 994 ота ішінде 125 (12,5%) науқаста отадан кейінгі асқынумен өтті, соның ішінде 12-сі өліммен аяқталды (1,4%).

Ерте отадан кейінгі кезеңде 8 науқаста пайда болған асқынуларға байланысты қайта отаға алынды. 19 науқаста (2,3%) эхинококкоз рецидиві көрініс берді.

Фиброздық капсуланың қалдық қуысын жою үшін сараламалы емдеу әдісін қолдану өлім-жітімнің 2,3 есе, ал асқынудың 1,6 есе төмендеуіне алып келді.

Қорытынды:

Өкпе эхинококкозында ота түрін таңдау жекеленген және сараламалы болуы шарт. Сонымен қоса, паразиттік киста айналасындағы өкпенің функционалдық жағдайы, отадан кейінгі өкпе деформациясы және қалдық қуыстың толықтай жойылуы ескерілуі қажет.

Өкпе эхинококкозының қалдық қуысын жоюда эхинококкоз сатысы, зақымдалу түрі, көлемі, формасы, орналасуы, киста санына байланысты сараламалы емдеу жолы осы патологияда қолданылатын ағзасақтаушы ота санын 79,2%-дан 92,4%-ға дейін жоғарылатты,

сонымен бірге өлім-жітімнің 2,3 есе, ал асқынудың 1,6 есетөмендеуіне алып келді. Бұл көрсеткіштер әлеуметтік және медициналық реабилитация көзінен маңызды.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Аскерханов Р.П. Хирургия эхинококкоза. –Махачкала: 1976. – 371 с.
- 2 Матоссиан Р., Рикард М., Смит Дж. Возрастающее значение эхинококкоза как глобальной проблемы // Бюл. ВОЗ.-1982.-Т.55. - №4.-С. 497-506.
- 3 Боева-Бангезова В.Г. Достижения и проблемы борьбы с эхинококкозом человека в Болгарии // Мед.паразитол.-1991.-№1.-С. 41-43.
- 4 Каримов Ш.И. Проблема эхинококкоза в Узбекистане – достижения и перспективы // Мат. Междунар.симпоз.: Хирургия эхинококкоза.–Хива: 1994. – С. 3-6.
- 5 Алиев М.А., Доскалиев Ж.А., Сейсембаев М.А. и др. Проблемы эхинококкоза в Казахстане и Кыргызстане // Медицина и экология.– 1997.-№3.–С. 48-51.
- 6 Исламбеков Э.С. Хирургия эхинококкоза легких: Дис. ... д-р. мед. наук. – М., 1992.–255 с.
- 7 Пулатов А.Т., Абдуфатаев Т.А. Эхинококкэктомия верхней доли легкого у детей // Хирургия.–1994.-№8.–С. 12-16.
- 8 Фунлоэр И.С. Эволюция взглядов на тактику и методы хирургического лечения эхинококкоза легких // Мат. II съезда хирургов Кыргызстана.–Бишкек: 1995.–С. 13-14.
- 9 Рашидов Ф.Ш. Хирургическое лечение осложненного эхинококкоза легких: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.–Душанбе, 1997.–23 с.
- 10 Алиев М.А., Воронов С.А., Ракишев Г.Б. и др. Хирургическая тактика при эхинококкозе легких // Мат. Респ. конф.: Эхинококкоз и очаг. забол. паренхим. органов человека.–Шымкент: 1998. – С. 11-13.
- 11 Акбаров М.М., Пахомов Г.Л., Хаялиев Р.Я. и др. Оптимальное хирургическое лечение эхинококкоза грудной клетки// Молодой учёный. – Казань: 2015. - № 7 (87). – С. 251-252
- 12 Вафин А.З., Попов А.В., Айдемиров А.Н. и др. Современные тенденции в диагностике и лечении эхинококкоза легких//Медицинский вестник Северного Кавказа. - 2008. - №1. - С. 26-29.
- 13 Черноусов А.Ф., Мусаев Г.Х., Абаршалина М.В. Современные методы хирургического лечения сочетанного эхинококкоза легких и печени // Хирургия. - 2012. - №7. - С. 12-17.
- 14 Гольдфарб М.Г. Рентгенологическая оценка результатов одномоментной закрытой эхинококкэктомии легкого: Дис. ... канд. мед. наук. – Саратов, 1968. – 263 с.
- 15 Гаджиев Ш.М. Оценка методов хирургического лечения эхинококкоза легких по данным ближайших и отдаленных результатов: Дис. ...канд. мед. наук.–Баку, 1984.–199с.
- 16 Alvares A.L., Tellez de Peralta G., Burgos Lasare R. et al. Surgical treatment of pulmonary hydatidosis // J. Thorac. Cardiovasc.Surg.-1981.- Vol.82.-№4.-P.569-575.
- 17 Хаджиев Д., Бахариев З. О тактике при оперативном лечении эхинококкоза // Вестн. хир.–1968.-№9.–С. 53-58.

О.К. КУЛАКЕЕВ, М.У. ЖУЛОВЧИНОВ, У.С. СОЛТАНБЕКОВА, Т.Т. ОРАЗАКИЕВА ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ

Резюме: Автором проведен анализ хирургического лечения 824 больных с различными формами эхинококкоза легких за последние 25 лет. При наиболее часто встречающихся и затруднительных вариантах эхинококковых кист легкого овально-вытянутой формы капитонаж вертикальными полукисетными швами оказался простым и эффективным способом ликвидации остаточной полости с наименьшими послеоперационными осложнениями. При кистах сложной конфигурации у 43 больных применен комбинированный метод закрытия ложа паразита путем использования 2-3 способов операций. Дифференцированный подход к ликвидации остаточной полости позволил повысить удельный вес органосохраняющих операций 79,2% до 92,4%, а также привело к снижению летальности в 2,3 раза и осложнений в 1,6 раза, что немаловажно в эндемичных по эхинококкозу регионах с точки зрения медицинской и социальной реабилитации больных.

Ключевые слова: эхинококкоз легких, остаточная полость, методы операций, дифференцированное лечение.

О.К. KULAKEEV, M.U. GULOVCHINOV, U.S. SOLTANBEKOVA, T.T. ORAZAKIEVA DIFFERENTIATED TREATMENT OF PULMONARY ECHINOCOCCOSIS

Resume: Author analyzed results of operative treatment of 824 patients with various types of pulmonary echinococcosis during the last 25 years. In cases with difficult and most widely spread oval shaped cysts capping with vertical half-pursestring sutures is the most simple and effective method of abolition of a residual cavity with as less possible post-operative complications as possible. In 43 cases with cysts of complex configuration, a combined method of closing the parasite's bed using 2-3 more simple methods of operation was used.

Differentiated approach to abolition of residual cavity has allowed increasing the percentage of organ saving surgeries from 79.2% to 92.4%. This fact is very important from the viewpoint of medical and social rehabilitation of the patients, especially in endemic for echinococcosis regions and also led to decrease lethality by 2,3 times and complications by 1,6 times.

Keywords: pulmonary echinococcosis, a residual cavity, methods of operations, the differentiated treatment.