

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ЛЕГКИХ

А.Э. Тентимшиев – аспирант

Послеоперационные осложнения при хирургическом лечении больных с осложненными формами эхинококкоза легких встречаются в 47,5% случаев. Тактика лечения в каждом случае индивидуальна. Несмотря на общепринятое мнение о целесообразности органосохраняющих операций при эхинококкозах легких, полагаем, что при кистах, занимающих более $\frac{3}{4}$ объема доли, применение радикальных методов операций с удалением очага поражения без вскрытия гнойной полости вместе с паренхимой легкого (лобэктомия, билобэктомия).

Ключевые слова: осложненный эхинококкоз легких; хирургическое лечение.

В последние годы на фоне роста общей заболеваемости эхинококкозом отмечается рост осложненных форм. Причины такого роста заболеваемости эхинококкозом множество, среди которых основными являются резкое ухудшение ветеринарного контроля за животными, отсутствие профилактического медицинского контроля за населением, медико-санитарная безграмотность населения.

Число осложненных форм эхинококкоза остается высоким – от 22,2–47,8%. При этом послеоперационные осложнения наблюдаются в 47,5% случаев, что свидетельствует о важности и актуальности данной проблемы [1–7].

Цель исследования: повышение эффективности хирургического лечения больных с осложненными формами эхинококкоза легких.

Объект исследования. В эксперименте было 216 больных, из них 113 мужчин (52,3%), 103 женщины (47,7%) в возрасте от 14 до 73 лет, с осложненным эхинококкозом легких, находившиеся в отделении торакальной хирургии клиники им. академика И.К. Ахунбаева Национального госпиталя при МЗ КР с 1998 по 2007 гг. Из них 65% трудоспособного населения, 37% больных, составили люди до 30 лет, 28% – до 45 лет, 18,7% больных – люди пенсионного возраста и 16,3% дети.

Анализ сложности течения показывает, что разложение паразита и нагноение кисты при сохраненной целостности хитиновой капсулы наблюдалось в 57 (26,4%) случаях, нагноение и прорыв в бронхи в 95 (44,0%) случаях, прорыв в плевральную полость у 64 больных (29,6%), у 112

(51,9%) больных имелось кровохарканье. Следует отметить, что это – следствие механического, локального осложнения течения заболевания.

Общее действие гельминта на организм было практически у всех 216 (100%) больных с осложненными формами, что выражалось аллергизацией, интоксикационным синдромом, сдвигами биохимических параметров крови.

Диагноз устанавливали на основании клинично-анамнестических, рентгенологических данных. Следует отметить, что полипозиционная рентгенография и динамический рентгеноскопический контроль являются наиболее доступными и самыми основными методами диагностики. В диагностически спорных случаях дополнительно проводили рентгеномографию, компьютерные томографии, ядерно-магнитные резонансные томографии. В особо сложных диа-

гностических случаях применяли серологические и иммунобиологические реакции.

Топика эхинококковых кист по долям легких, наличие осложнений, глубина залегания кисты в толще паренхимы, состояние общего статуса организма определяли выбор оперативного доступа, хирургической тактики и объема операции.

Данные табл. 1 показывают, что чаще поражается правое легкое – у 107 больных (49,5%), более чем в половине случаев – нижние доли легких.

По выполненным оперативным вмешательствам определились 2 группы больных. В основной группе (99 больных) проводили радикальные оперативные вмешательства (табл. 2), в контрольной (117 больных) – органосохраняющие (табл. 2).

Таблица 1

Локализация кист по долям легкого при осложненных формах

Локализация кист	Доля легкого				Двустороннее поражение (6,5)
	правая (49,5)		левая (44,0)		
	абс. кол-во	%	абс. кол-во	%	
Верхняя доля	19	17,8	34	35,8	
“4–5” сегменты	16	15,0	3	3,2	
Нижняя доля	59	55,1	51	53,7	
Множественные кисты	13	12,1	7	7,4	
Всего	107	100	95	100	14

Таблица 2

Оперативные вмешательства

Вид операций	Абс. кол-во	%
Основная группа		
Пулumonэктомия	2	2,02
Сегментэктомия	3	3,03
Лобэктомия	74	74,75
Билобэктомия	2	2,02
Атипичная и краевая резекция	11	11,11
Прецизионное удаление	7	7,1
Всего	99	100,0
Контрольная группа		
Иссечение фиброзной капсулы с ушиванием бронхиальных свищей по Вишневскому	52	44,4
Ушивание полости по Дельбе	11	9,4
Ушивание полости по Хаддаму	7	6,0
Капитонаж краев фиброзной капсулы – ушивание полости наглухо	47	40,2
Всего	117	100

Результаты исследований. В основной группе в послеоперационном периоде осложнения отмечены у 8 (8,1%) больных: несостоятельность культи долевого бронха у одного (1,0%) больного с развитием эмпиемы плевры, послеоперационный плеврит в 5 (5,1%) случаях, внутрибольничная пневмония развилась в 2 (2,0%) случаях.

В контрольной группе отмечены послеоперационные осложнения у 25 (21,4%) больных: гиповентиляция в зоне удаленной кисты у 13 (11,1%) больных, послеоперационный плеврит у 4 (3,4%), эмпиема плевры у 5 (4,3%), нагноение раны у 2 (1,7%), внутриплевральное кровотечение у одного (0,9%) больного, разрешенное при реторакотомии. Остальные осложнения ликвидированы консервативным путем – бронхоскопические санации, торакоскопии, дренирование и пункции плевральной полости.

Обсуждение: Анализ хирургических вмешательств при осложненном эхинококкозе показал, что при обширном перифокальном воспалении с инфильтрацией легочной паренхимы, при больших размерах эхинококковых кист, когда остаток паренхимы легкого составляет 1/4 от первоначального объема и ушивание полости приводит к еще большей деформации легочной ткани. Необходимо радикальное удаление очага поражения без вскрытия просвета фиброзной капсулы вместе с легочной паренхимой с целью предотвращения инфицирования и обсеменения плевральной полости. Радикализм в хирургическом лечении эхинококкоза оправдан: получены хорошие послеоперационные результаты. В последние годы в хирургическом лечении эхинококковых кист до 4 см в диаметре периферического расположения вне зависимости от сложности мы стали применять прецизионное удаление кисты вместе с фиброзной капсулой без вскрытия ее просвета. Хирургический радикализм и максимально щадящий органосохраняющий эффект операции имеют оптимальную совместимость при таких операциях.

Выводы

1. Выбор объема оперативного вмешательства, необходимость радикализма зависят от сложности течения эхинококкоза, размеров кисты, локализации кисты, калибра дренирующего бронха, глубины залегания кисты в толще паренхимы.

2. Несмотря на общепринятое мнение о целесообразности органосохраняющих операций при эхинококкозах легких, мы считаем, что при кистах, занимающих более 3/4 объема доли, применение радикальных методов операций с удалением очага поражения без вскрытия гнойной полости вместе с паренхимой легкого (лобэктомия, билобэктомия), уменьшает вероятность послеоперационных осложнений и сокращает время на реабилитацию больных.

Литература

1. Ахунбаев И.К., Ахунбаева Н.И. Эхинококкоз легких и его хирургическое лечение. – Фрунзе: Кыргызстан, 1976. – 177 с.
2. Аскерханов Г.Р. Диагностика и хирургическое лечение осложненного эхинококкоза легких // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2006. – №5. – С. 49–54.
3. Гилевич М.Ю. Диагностика и хирургическое лечение эхинококкоза: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – М., 1988. – 35 с.
4. Магомедов С.З. Диагностика и хирургическое лечение осложнённого эхинококкоза лёгких // Материалы международных научных конференций 9–16 сентября 2006. Италия (Римини) Фундаментальные исследования. – М., 2006. – №6. – С. 35–36.
5. Назыров Ф.Г., Исмаилов Д.А. с соавтор. // Эхинококкоз. – Ташкент, 1999. – 208 с.
6. Петровский Б.В., Милонов О.Б., Дееничич П.Г. Хирургия эхинококкоза. – М.: Медицина, 1985. – 216 с.
7. Salih O.K., Topcuoglu M.S., Celik S.K. Surgical treatment of hidatid cists of the lang: analysis of 405 patients // Canadien Journal of Surgery. – 1998. – V. 41. – №2. – P. 131–135.