



ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬШИХ И ГИГАНТСКИХ ФОРМ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ

Хасанов Р.А., Кашкаров Т.Т., МаксUTOв К.А.

Ошская межобластная объединенная клиническая больница, г. Ош, Кыргызстан

Резюме. В работе авторами изучены результаты 248 операций, проведенных у 225 больных большими и гигантскими формами эхинококкоза легких. Несмотря на большие размеры кист, предпочтение отдано органосохраняющим и щадящим операциям. Показана целесообразность применения усовершенствованного способа ушивания бронхиальных свищей для профилактики послеоперационных осложнений.

ОПКӨНҮН ЧӨҢ ЖАНА ӨТӨ ЧӨҢ ЭХИНОКОККОЗ ФОРМАЛАРЫН ХИРУРГИЯЛЫК ЖОЛ МЕНЕН ДАРЫЛОО

Хасанов Р.А., Кашкаров Т.Т., МаксUTOв К.А.

Ош шаарындагы Ош областтар аралык бириккен клиникалык ооруканасы, Кыргызстан

Корутунду. Иш жүзүндө авторлор тарабынан 248 операциянын жыйынтыктары изилденген, алардын ичинде 225 оорулуу адамдарда чоң жана өтө чоң эхинококкоздордун формалары кездешкен. Мында авторлор кисталардын чоң болгонуна карабай ушул органдарды өтө аёо жолу менен операция жүргүзүшүп, жабыр тарткан органдарды сактап калууга жетишишкен. Операциядан кийинки болуучу таасирлерди алдын алуу максатында, бронхиалдык жаракаларды бириктирип тигип коюу жолун колдонууну максатка ылайыктуу деп табышкан.

SURGICAL TREATMENT OF BIG AND GIANT FORMS OF HYDATID DISEASE OF LUNGS

R.A. Hasanov, T.T. Kashkarov, K.A. Maksutov.

Osh interregional united clinical hospital, Osh city, Kyrgyzstan

Summary. The authors have studied 248 operation cases, performed upon 225 patients with big and giant forms of hydatid disease of lungs. Preference was given to organ-saving and sparing operations in spite of big cyst sizes. The reasonability of using the developed way of suture ligation of bronchial fistulas for post operational prophylaxis is pointed out in this article.

Введение. Несмотря на достигнутые успехи в профилактике и лечении эхинококкоза он продолжает оставаться распространенным заболеванием. По этой причине вопросы своевременного выявления и хирургического лечения больных данной патологией продолжает оставаться в центре внимания клиницистов [2,4,7].

В последние годы, несмотря на улучшения диагностики эхинококкоза легких, среди населения различных регионов Республики в практике часто встречаются большие и гигантские формы эхинококкоза легких [1,3,7].

В настоящее время, единственным методом лечения эхинококкоза вообще и легочной локализации в частности, является хирургическим. Органосохраняющие и щадящие операции при эхинококкозе легких служат операцией выбора [3,5,6,7].

Цель исследования. Обосновать необходимость хирургического вмешательства - как единственного

метода в лечении эхинококкоза легких, и в частности, при больших и гигантских формах.

Материал и методы. Из 490 больных эхинококкозом легких, оперированных в торакальной хирургии Ошской межобластной объединенной клинической больницы, у 225 (45,9%) были большие и гигантские эхинококковые кисты. Большие кисты диаметром от 11 до 20 см были у 185 (82,2%) больных, гигантские кисты более 21 см у 40 (17,8%) больных. Возраст заболевших колебался от 12 до 75 лет. Из них мужчин было 123 (54,7%) человек, женщин 102 (45,3%) человек. У 187 (83,1%) больных был одиночный эхинококкоз, из них у 106 (56,7%) кисты располагались в правом легком и у 81 (43,3%) - в левом. Верхняя доля была поражена у 46 (24,6%), средняя - у 28 (15%) и нижняя - у 113 (60,4%) больных. Множественный эхинококкоз был у 38 (16,9%) больных, из них у 13 (34,2%) односторонний и у 25 (65,8%) - двусторонний. У 15 (6,7%) больных эхинококкоз легких сочетался с поражением печени. У 163



%) больных был неосложненный эхинококкоз легких, а у 62 (27,6%) больных отмечена осложненная форма эхинококкоза. Из них у 33 (53,2%) был прорыв кист в бронх, у 7 (11,3%) - в плевру и у 5 (8,1%) - одновременный прорыв в бронх и плевральную полость, у 17 (27,4%) - ее нагноение. Эхинококкоз легких и его сочетанная форма установлена с применением рентгенографического, ультразвукового (УЗИ), компьютернотомографического и иммунологического методов исследования.

Результаты и их обсуждения. При больших и гигантских формах эхинококкоза легких, больные часто жалуются на приступы кашля, одышку, чувство тяжести в пораженной части грудной клетки, а осложненные формы сопровождаются характерными симптомокомплексами: кашель с выделением обильной жидкой мокротой, иногда с обрывками хитиновой оболочки, повышением температуры тела. В случае прорыва кисты в плевральную полость, на первый план выступает клиника спонтанного пневмоторакса и не редко явления анафилактического шока. В анализах крови наблюдается анемия, эозинофилия.

В диагностике неосложненных больших и гигантских эхинококковых кист легких существенную роль играет рентгенисследования. Для выявления сочетанных случаев, особенно когда киста локализуется в печени, и при осложненных формах эхинококкоза легких методами УЗИ и компьютерной томографии удается установить правильный диагноз. Все 225 больных были прооперированы и им выполнено 248 операций.

У 23-х (10,2%) больных из-за двустороннего поражения легких были поэтапно оперированы с обеих сторон. 2(0,9%) больные с двусторонним поражением из-за опорожнения и облитерации небольшой эхинококковой кисты в противоположном легком - не были оперированы. В зависимости от локализации, размеров и количества кист в легком, мы использовали метод передне - бокового доступа в 168 случаях, преимущественно боковой - в 65 случаях и торакофренолапратомный - в 15 случаях. При больших и гигантских формах эхинококкоза легких применен метод эхинококэктомии с обработкой ложа пузыря по методу А. А. Вишневого, так как она является наиболее физиологичной и менее травматичной операцией. При ней легочная ткань остается почти не поврежденной, в то время как при других способах легкое резко сморщивается и уменьшается его дыхательная поверхность. Указанным способом были выполнены нами 104(41,9%) операции. Недостатком данного метода является образование остаточной плевральной полости с бронхиальным свищом. Учитывая результаты операции по методу А.А. Вишневого с целью ликвидации полости фиброзной капсулы, несмотря на большие размеры эхинококковых кист, нами использованы различные методы капитонажа. По методу Дельбе оперированы 30(12,1%) больных. Для ликвидации полости фиброзной капсулы при локализации эхинококковых кист при поверхностном или междолевом расположении независимо от размера кист нами усовершенствован метод капитонажа по Дельбе. По разработанной нашей методике оперировано 55(22,2%) больных. Суть усовершенствованной методики заключается в следующем: после торакотомии и обнаружении

кисты, плевральная полость тщательно обкладывается марлевыми салфетками, киста пунктируется и отсасывается жидкое содержимое, затем вскрывается фиброзная капсула, удаляется хитиновая оболочка и обрабатывается полость. Мы для этих целей используем 96° спирт, 3% раствор перекиси водорода и раствор фурацилина (последовательно), но предварительно к выявленному бронхиальному свищу укладываем небольшую марлевую салфетку, которую после обработки полости удаляем, полость осушаем. Затем рассекаем фиброзную капсулу с истонченной легочной тканью радиально от периферии по направлению ко дну и в результате максимально раскрывается полость. При этом создаются условия для тщательного осмотра полости, ее дополнительной обработки, выявления и ушивания устья бронхиальных свищей, а также можно определить прохождение сосудов и бронхов под фиброзной капсулой. Мелкие свищи можно ликвидировать наложением Пили Z - образных швов, здесь меньшая вероятность повреждения крупных сосудов и бронхов проходящих ближе к стенке фиброзной капсулы. Крупные бронхиальные свищи ушиты двухрядными швами. После герметичного ушивания бронхиальных свищей накладываются кистетные швы начиная от дна к периферии, в отличие от метода Дельбе вкол и выкол производится с поверхности легочной ткани с захватом фиброзной капсулы со стороны полости и частичным вворачиванием краев во внутрь, что приводит к ликвидации полости фиброзной капсулы. При данном способе в шов захватывается не только стенка фиброзной капсулы, как при капитонаже по Дельбе, но и легочная ткань, что предотвращает прорезывание швов и формирование остаточной полости. В 6(2,4%) случаях операции были выполнены по способу Боброва - Спасокукоцкого, в 8(3,2%) случаях эхинококэктомия с дренированием ложа кисты по Аскерханову, в 15(6,0%) - одномоментная эхинококэктомия легкого и печени. Как показывает наш опыт оперативного лечения, при больших и гигантских эхинококкозах легких фиброзная капсула утолщена, уплотнена и всегда имеются большие бронхиальные свищи (диаметр свища более 2-3 мм.). С целью достижения герметичного ушивания бронхиальных свищей нами разработан способ наложения двухрядных швов на устье бронхиального свища. Суть способа заключается в следующем: после вскрытия фиброзной капсулы, удаления хитиновой оболочки и обработки полости, отступая 2-3 мм. от устья бронхиального свища параллельно друг от друга рассекается фиброзная капсула, накладывается первый ряд П-образных швов на бронх нерассасывающей нитью атравматичной иглой. Вкол и выкол осуществляется через надрез с проведением иглы и нитки под фиброзной капсулой с захватом паренхимы легкого вокруг бронхиального свища. При этом бронхиальный свищ герметично закрывается, исключается возможное прорезывание фиброзной капсулы, а также захват в шов уплотненной фиброзной капсулы, которая плохо поддается при натягивании швов. Затем накладывается второй ряд узловых швов, которые захватывает обе линии надреза фиброзной капсулы, при этом устье бронхиального свища дополнительно закрывается.

При выраженных изменениях в легочной ткани вокруг кисты в 12(4,8%) случаях произведена лобэктомия,



в 1(0,4%) случае - билобэктомия и 17(9,6%) случаях частичная резекция легкого с эхинококковой кистой. В послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения: пневмония – в 10(4,0%) случаях. остаточные полости плевры с бронхиальным свищем – в 10(4,0%), остаточные полости без бронхиального свища – в 7(2,8%), плеврит - в 12(4,8%), эмпиема плевры – в 3(1,2%), ателектаз – в одном(0,4%), пневмоторакс - в 2(0,8%), нагноение ложа кисты - в 5(2,0%) и нагноение раны – в 3(1,2%). В 3 случаях из 10, бронхиальные свищи с остаточной полостью образовались после операций по поводу нагноившегося эхинококкоза, в 1- прорвавшегося в бронх и в 3 – интактного. В 5 из них операции были выполнены по способу А. А. Вишневого и в 2 – эхинококэктомия по способу А. А. Вишневого с частичной резекцией легкого. В 2 случаях из этих осложнений, больным выполнена реторакотомия и ушивание свищей, в 2 – свищи закрылись после консервативной терапии, и 3 больных выписаны с остаточными полостями с бронхиальным свищем. В динамическом наблюдении у этих больных остаточные полости не найдены, легкое полностью расправлено, признаков бронхиального свища не было.

Остаточные полости без бронхиальных свищей образовались в одном случае после операции по методу Боброва-Спасокукоцкого, выполненной по поводу прорвавшегося эхинококкоза в бронх, и в 6 ти – после операций по поводу интактного эхинококкоза. Из них в 2-х случаях была выполнена операция по способу Боброва-Спасокукоцкого и в 4-х – А. А. Вишневого. Из этой группы, у 6 больных остаточные полости ликвидировались после консервативной терапии в период пребывания больных в отделении, и одна больная была выписана с незначительной остаточной полостью. Эмпиемы плевры образовались в одном случае после операции по поводу интактного эхинококкоза и в одном - прорвавшегося эхинококкоза легкого и бронх. В одном случае из них была выполнена операция по способу А. А. Вишневого, в другом – также операция с частичной резекцией легкого и в третьем – операция А. А. Вишневого с декортикацией легкого. Во всех случаях эмпиема ликвидирована консервативным путем. Случаи послеоперационной пневмонии и плеврита излечены в стационарных условиях, после соответствующей терапии и пункции плевральной полости. После выполненных операций в 204(82,3%) случаях нами отмечен положительный послеоперационный исход, у 41(16,5%) – удовлетворительный. Умерли после операций 3(1,2%) больных. Из них у одной летальный исход был в результате сердечной недостаточности, у одной – двусторонней пневмонии и у одного от полиорганной недостаточности. В одном случае, больному с двусторонним эхинококкозом легких с прорывом эхинококка левого легкого в бронх выполнена операция по методу А. А. Вишневого с левой стороны, в другом по поводу интактного эхинококкоза – операция по методу Дельбе, в третьем по поводу нагноившегося эхинококкоза нижней

доли правого легкого - нижняя лобэктомия. Отдаленные результаты сроком от 6 месяцев до 15 лет изучены у 71 больного. В 4 случаях установлен рецидив болезни. Из них в 2 случаях больные были прооперированы по поводу прорвавшегося эхинококкоза легкого в бронх методом А. А. Вишневого, в другом по поводу неосложненного эхинококкоза оперированного по методу Дельбе, а в 4-м случае больному произведена лобэктомия по поводу прорыва эхинококковой кисты в плевральную полость. Все больные повторно были оперированы. Во всех случаях эхинококэктомия выполнена с применением капитонажа разработанной нами методикой. После ушивания бронхиальных свищей по разработанному способу при операциях по методу А.А. Вишневого осложнений не наблюдалось.

Выводы

1. Наш опыт хирургического лечения больших и гигантских форм эхинококкоза легких показывает, что органосохраняющие и щадящие операции несмотря на большие размеры кист остаются операциями выбора.
2. В диагностике осложненных форм эхинококкоза легких решающее значение имеет компьютерно-томографическое исследование органов грудной клетки.
3. Важное место в профилактике послеоперационных осложнений занимает герметичное ушивание бронхиальных свищей.
4. При наличии множественных бронхиальных свищей и выраженных морфологических изменений в легочной ткани вокруг кисты целесообразно различные виды экономных резекций легкого или лобэктомия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акматов Б.А. Эхинококкоз.- Бишкек: Кыргызполиграфкомбинат, 1994.- 158 с.
2. Ахтамов Ж.А., Карабаев Х.К., Хайдаров Г.А. Опыт хирургического лечения при сочетанном эхинококкозе легких и печени //Анналы хирургической гепатологии.- 2005. Т. 10, №2.- С. 100-101.
3. Исламбеков Э.С. Хирургическое лечение больших и гигантских форм эхинококкоза легких //Актуальные проблемы медицинской паразитологии/ Сб. научн. тр. Ташкентского мед. ин-та, Ташкент, 1988.- С. 70-73.
4. Карапетян Э.Т. Эхинококкоз легких в практике фтизиатрической клиники //Актуальные проблемы медицинской паразитологии / Сб. научн. тр. Ташкентского мед. ин-та, Ташкент, 1988. –С. 75-78.
5. Кулакеев О.К. Хирургическая тактика при сочетанном эхинококкозе легких и печени //Анналы хирургической гепатологии. 2005.- Т. 10, №2. – С. 114-115
6. Петровский Б.В., Милонов О.Б., Дееничин П.Г. Хирургия эхинококкоза. – М., 1985. -216 с.
7. Тактика хирургического лечения эхинококкоза легких /Х.С. Бебезов, А.Т. Казакбаев, А.А. Ашиналиева и др. //Хирургия рубежа XX и XXI века Материалы III конгресса хирургов Кыргызской Республики, Бишкек, 2000 – С. 222-226.