

ОПТИМАЛЬНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ЛЕГКИХ Муртазаев З.И.¹, Рустамов М.И.², Шербеков У.А.³, Хужабаев С.Т.⁴, Байсариев Ш.У.⁴

¹Муртазаев Зафар Ибрафулович – доцент;

²Рустамов Муродулла Исомиiddинович – ассистент;

³Шербеков Улугбек Ахрарович - заведующий кафедрой;

⁴Хужабаев Сафарбой Тухтабаевич – ассистент;

⁵Байсариев Шовкат Усманович – ассистент,

кафедра общей хирургии,

Самаркандский государственный медицинский институт,

г. Самарканд, Республика Узбекистан

Аннотация: приводим анализ результатов хирургического лечения 132 больных эхинококкозом легких (86 больных с неосложненным и 46 – с осложненным эхинококкозом легких). Из них 118 (90,28%) произведены миниинвазивные оперативные вмешательства. При не осложненном эхинококкозе легких, только у 14 (87,5%) пациентов из 16 намеченных оказалось возможным провести эхинококкэктомия чисто торакоскопически через троакарные проколы. В 61 случаях выполнена видеоторакоскопическая эхинококкэктомия с применением минидоступа. При двусторонней локализации кист у 7 (63,64%) больных произведены поэтапные операции, а в 3 (36,36%) случаях – одномоментная эхинококкэктомия. В основном у 84 (97,67%) произведены органосохраняющие операции с ликвидацией остаточной полости в легком шовной пластикой в различных модификациях. У 2 (1,52%) больных при краевом расположении и пневмоциррозом произведена краевая резекция легкого с эхинококковой кистой.

Ключевые слова: эхинококкоз легких, видеоторакоскопическая эхинококкэктомия.

В настоящее время эхинококкоз печени и легких является одним из частых заболеваний человека и продолжает оставаться серьезной медицинской проблемой во многих странах мира, особенно в эпидемиологически неблагополучных регионах. Республики Центральной Азии – один из регионов, где частота заболеваемости достигает высоких цифр, примерно 9 человек на 100000 населения. В последние годы осложненное течение эхинококкоза по данным различных авторов составляет от 25 до 45%. Одним из важных проблем является высокая заболеваемость лиц молодого возраста. Летальность при эхинококкозе достигает 2,5-7% [1,2,4,6,10,13,16,18].

Единственным радикальным методом лечения эхинококкоза является хирургический и внедрение эндохирургической технологии устранило один из наиболее существенных недостатков традиционной полостной хирургии - несоответствие между травматичным доступом и минимальным вмешательством на самом органе. Широкое развитие оперативной эндоскопии, малая травматичность и низкая частота осложнений, экономическая эффективность и снижение сроков реабилитации больных позволяет пересмотреть принципы лечения больных с эхинококкозом всех локализаций. В литературе появились сообщения по торакоскопической эхинококкэктомии из легких и лапароскопической эхинококкэктомии из печени, селезенки [5,7,8,9,11,12,14,15,17,19].

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения больных эхинококкозом легких.

Материал и методы исследования. Приводим анализ результатов хирургического лечения 132 больных эхинококкозом легких (86 больных с неосложненным и 46 - с осложненным эхинококкозом легких). Из них 118 (90,28%) произведены миниинвазивные оперативные вмешательства. Возраст больных варьировал от 5 до 83 лет. Мужчин - 57 (43,18%), женщин - 75 (56,82%). Не осложненным эхинококкозом оперировано 86 больных. В зависимости от объема и размеров эхинококковой кисты были малые - до 5 см - у 15 (17,4%), средние - 5-10 см - 38 (44,2%), большие - более 10 см - у 33 (38,4%), преобладало расположение кист в нижних долях - у 48 (55,8%) больных. Эхинококковые кисты выявлены слева у 26 (30,23%), справа у 39 (45,35%), с двух сторон у 11 (12,79%), в сочетании с печенью у 10 (11,63%). 14(16,28%) больным произведена торакоскопическая эхинококкэктомия, у 61(70,93%) больного выполнена видеоторакоскопическая эхинококкэктомия из миниторакотомного доступа и у 11(12,79%) больных кисты из легких удалены из широкого торакотомного доступа.

Под нашим наблюдением находились 46 больных с осложненным эхинококкозом легких. Из них с нагноением -12 (26,09%), с прорывом в бронх - 28 (60,87 %), в плевральную полость - 6 (13,04%). При нагноившихся кистах легкого, с признаками выраженной гнойной интоксикации, производили торакоцентез в III или VII межреберье по передней и задней аксиллярной линии, вводили торакоскоп и определяли точную локализацию кисты. После чего производили торакоцентез над кистой и разработанной нами специальным «троакар-экстрактором» проникали в кисту, отсасывали и извлекали хитиновую оболочку, промывали полость хлоргексидином, фурациллином. Остаточную полость ревизировали эндоскопом с последующим оставлением дренажной трубки в полости.

В следующие 2-3 дня полость промывали антисептиками и подсоединяли дренажную трубку к аппарату ОП-1 (активное дренирование). После очищения полости от гнойного отделяемого оставляли на пассивный дренаж. Обычно на 10-15 сутки полость сплющивалась или уменьшалась в объеме. Дренажную трубку убирали на 12-15 сутки в зависимости от состояния остаточной полости.

Результаты и обсуждения. При не осложненном эхинококкозе легких, только у 14 (87,5%) пациентов из 16 намеченных оказалось возможным провести эхинококкэктомии чисто торакоскопически через троакарные проколы. В 2 (12,5%) случаях интраоперационные технические трудности потребовали перехода на миниторакотомию.

Размеры кист варьировали от 5 до 8 см. В 3 (21,43%) случаях после торакоцистоскопии произведена частичная перикистэктомия и из-за отсутствия бронхиальных свищей произведен капитонаж по Вишневскому. В 2 (14,28%) случаях остаточная полость ликвидирована по Вахидову. И в остальных 9 (64,29%) случаях фиброзная полость ликвидирована по Боброву. Послеоперационное осложнение наблюдалось у 2 (14,28%) пациента (остаточная полость в легком). В 2 случаях, из-за технических трудностей во время торакоскопической эхинококкэктомии троакарным способом, пришлось перейти к миниторакотомии и после мануальной ревизии произведена эхинококкэктомия.

В 61 случаях выполнена видеоторакоскопическая эхинококкэктомия с применением минидоступа. Размеры кист варьировали от 10 до 17 см. В 2 (3,28%) случаях удалены по 3 кисты, еще у 3 (4,92%) по 2 кисты. При локализации кист в верхней доле у 8 (21,05%) миниторакотомия произведена по 4 и у 30 (78,95%) больных по V межреберью, а при кистах нижних долей всего у 7 (14,58%) по VII межреберью и у 41 (85,42%) по VI межреберью. При больших кистах в 42 (68,85%) случаях миниторакотомию производили без предварительной торакоскопии с целью предотвращения повреждения кисты во время торакоцентеза и торакоскопии.

Капитонаж полости производили в зависимости от конфигурации и объема кисты. При округлых кистах у 25 больных полость ликвидирована по способу Вахидова. При глубоких полуовальных кистах у 14 больных капитонаж произведен вертикальными полукисетными швами. У 14 больных выполнена методика Боброва-Спасокукоцкого. В 8 случаях выполнена методика Вишневского. При двусторонней локализации кист у 7 (63,64%) больных произведены поэтапные операции, а в 3 (36,36%) случаях - одномоментная эхинококкэктомия. 11 (12,79%) больным эхинококкэктомия из легкого произведена из широкого торакотомного доступа. У всех больных применена переднебоковая торакотомия. Следует признать, что эхинококкэктомия из легких торакотомным доступом чаще всего производилась только лишь при сложных случаях эхинококкоза.

В 6 (54,55%) случаях это был рецидивный эхинококкоз, у 3 (27,27%) - множественный эхинококкоз, где кисты разбросаны, еще у 2 (18,18%) выявлены гигантские кисты. В большинстве случаев - 9 (81,82%) произведены органосохраняющие операции с ликвидацией остаточной полости в легком шовной пластикой в различных модификациях. У 2 (18,18%) больных по методике Вишневского, у 3 (27,27%) - по Боброву - Спасокукоцкому, и 4 (36,36%) наложены вертикальные полукисетные швы. А 2 (18,18%) больным произведены краевые резекции легких. В основном у 84 (97,67%) произведены органосохраняющие операции с ликвидацией остаточной полости в легком шовной пластикой в различных модификациях. У 2 (1,52%) больных при краевом расположении и пневмоциррозом произведена краевая резекция легкого с эхинококковой кистой.

В настоящее время при нагноении эхинококковых кист производим трансторакальное дренирование кист под контролем торакоскопии или рентгеноскопии. Данный способ дренирования применен у 12 больных, в 7(58,33%) случаях произведено дренирование полостей под контролем торакоскопа, в 5(41,67%) случаях - под рентгенологическим контролем. С правосторонней одиночной кистой у 8(66,67%) больных, левосторонней - у 4(33,33%) больных. Из 12 случаев у одного больного отмечено осложнение, что проявлялось ограниченной эмпиемой плевры. После консервативных мероприятий с дренированием гнойника процесс разрешился. В одном случае полость кисты не облитерировалась, осталась сухая остаточная полость. В данном случае диаметр кисты превышал 12 см.

С прорывом кисты в бронх, без явных признаков нагноения, оперировано 28 больных. У 12 (42,86%) больных кисты локализовались в правом, у 9 (32,14%) - в левом легком и в 7 (25%) случаях отмечено двухстороннее расположение кист. У 2 больных диагностировано по 3 кисты в одном легком и у 5 - по 2 кисты.

Всем больным произведены оперативные вмешательства. У 25 (89,29%) больных операции выполнены миниторакотомным путем. В данной категории из-за возможных осложнений минидоступ производился без предварительной торакоскопии. После полипозиционной рентгеноскопии, в соответствии с нашей методикой, в 3 случаях доступ произведен по IV, в 7 - по V, в 14 - по VI и у 6 больных по VII межреберью. В 2 (8%) случаях из минидоступа удалось убрать по 3 кисты из одной доли, а у 4 (16%) больных удалены по 2 кисты из двух долей. В 7 случаях локализация кист было двухсторонним. У 4 (57,14%) больных первым этапом произведены операции на стороне осложненной кисты. У 3 (42,86%) больных проведена одномоментная операция через минидоступы. У этих больных была большая вероятность прорыва киста противоположного легкого во время операции или ближайший послеоперационный период. Прорыв кисты в плевральную полость считается одним из тяжелых осложнений эхинококкоза. Для профилактики пиопневмоторакса больные своевременно должны быть подвергнуты операции.

У наших больных в 6 случаях при рентгенологическом исследовании выявлен гидронефмоторакс. У всех больных выполнили операцию через миниторакотомный доступ после предварительной торакоскопии, где выявили прорыв эхинококковой кисты в плевральную полость.

При прорыве эхинококковых кист в плевральную полость во всех 6 случаях произведена санация плевральной полости озонированным физиологическим раствором, удаление хитиновой оболочки и капитонаж остаточной полости. С сочетанным эхинококкозом легких и печени были оперированы 10 больных. 6 больным оперативные вмешательства на легких и печени произведены через отдельные доступы одновременно. В 4 случаях – эхинококкэктомия из легких и печени выполнена одновременно раздельными мини-доступами, а в 2 случаях миниторакотомный доступ сочетался с широкой лапаротомией. 4 пациентам удаление кист из легких и печени проведено поэтапно. При этом все этапы лечения проведены с использованием только мини-доступов.

В большинстве случаев – у 42 (91,30%) произведены органосохраняющие операции с пластикой остаточной полости в различных модификациях. Показанием к лобэктомии у 2 (1,52%) пациентов явились случаи осложненного эхинококкоза, при которых кисты занимали всю долю легкого и привели к ее пневмоциррозу.

Выводы. Таким образом, проведение эхинококкэктомии из легких через малоинвазивные доступы было возможным более чем у 2/3 пациентов и применение эндовизуальной технологии позволило сократить число послеоперационных осложнений с 35,71% до 4% и сроки лечения с 14,2 до 6,4 дней. По нашему мнению, проведение торакоскопической эхинококкэктомии требует дальнейшего технического усовершенствования. В этом отношении проще выполнимо и эффективно по результатам эхинококкэктомия из миниторакотомного доступа.

Вместе с тем следует признать, что эхинококкэктомия из торакотомного доступа чаще всего показано при рецидивном эхинококкозе грудной полости и иногда при осложненном течении заболевания.

Одномоментные операции из минидоступов, при двустороннем эхинококкозе легких или в сочетании с печенью, являются операциями выбора и могут выполняться у больных с хорошими функциональными показателями сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Список литературы

1. *Аззамов Ж.А.* Современные взгляды на патологию эхинококкоза печени (обзор литературы) //Вопросы науки и образования, 2018. № 11 (23).
2. *Бирюков Ю.В., Стреляева А.В., Шамсиев А.М.* Иммунокоррекция при хирургическом лечении эхинококкоза легких //Грудная и сердечно-сосудистая хирургия, 2000. № 1. С. 53-62.
3. *Гариб Ф.Ю. и др.* Иммунозависимые болезни. Ташкент, 1996.
4. *Гаффаров У.Б. и др.* Сравнительная оценка способов обработки полости эхинококковой кисты в эксперименте //Детская хирургия, 2008. № 5. С. 48-52.
5. *Гостищев В.К. и др.* Способ коррекции остаточной полости печени при эхинококкэктомии у взрослых //Анн. хир. Гепатол., 1995. № 5. С. 63-71.
6. *Гостищев В.К. и др.* Иммунный статус, Иммунодиагностика и иммунокоррекция при хирургическом лечении эхинококкоза печени //Анналы хирургии, 1999. № 4. С. 39-47.
7. *Гостищев В.К. и др.* Гомеопатия в лечении эхинококкоза печени, осложненного пециломикозом и хронической обструктивной болезнью легких //Традиционная медицина, 2014. № 2. С. 18-27.
8. *Давлатов С.С. и др.* Экстракорпоральные методы гемокоррекции в хирургической практике (текст): Монография / С.С. Давлатов, Ш.С. Касымов, З.Б. Курбаниязов. Ташкент: ИПТД «Узбекистан», 2018. – 160 с.
9. *Муртазаев З.И. и др.* Выбор оптимальной хирургической тактики при эхинококкозе легких //Национальная Ассоциация Ученых, 2016. № 3-1. С. 51-54.
10. *Рахманов К.Э. и др.* Балльная оценка в выборе тактики хирургического лечения эхинококкоза печени //Завадские чтения, 2018. С. 121-124.
11. *Рахманов К.Э. и др.* Профилактика и медикаментозное лечение эхинококкоза легких //Актуальные вопросы современной пульмонологии. Ма, 2018. С. 142.
12. *Стреляева А.В. и др.* Лечение эхинококкоза печени взрослых больных, осложненного пециломикозом и ХОБЛ //Хирургическая практика, 2014. № 1. С. 37-42.
13. *Стреляева А.В. и др.* Лечение эхинококкоза легких, осложненного пециломикозом, у взрослых больных //Хирургическая практика, 2014. № 1. С. 43-50.
14. *Стреляева А.В. и др.* Поражение сердца при эхинококкозе печени у взрослых больных //Медицинская паразитология и паразитарные болезни, 2012. № 4. С. 40-42.
15. *Усаров Ш.Н. и др.* Дифференцированная тактика хирургического лечения эхинококкоза печени //Вопросы науки и образования, 2019. № 2 (45).
16. *Шамсиев А.М., Атакулов Д.О., Юсуфов Ш.А., Юлдашев Б.А.* Влияние экологических факторов на частоту хирургических заболеваний у детей./Проблемы опустынивания в Центральной Азии и их региональное стратегическое решение //Тезисы докладов. Самарканд, 2003. С. 86-87.
17. *Шамсиев А.М., Атакулов Ж.А., Лёнюшкин А.М.* Хирургические болезни детского возраста //Ташкент: Изво «Ибн-Сино, 2001.
18. *Шамсиев А.М., Хамраев А.Ж.* Малая хирургия детского возраста. Ташкент: Изд-во – O'qituvchi, 2006.

19. *Шамсиев Ж.А., Рахманов К.Э., Шамсиев Ж.З.* Совершенствование хирургического лечения эхинококкоза печени //European science, 2018. № 6 (38).
20. *Шамсиев Ж.А. и др.* Результаты хирургического лечения эхинококкоза печени //European science, 2017. № 7 (29).
21. *Шамсиев Ж.А., Акилов Х.А.* Пути улучшения результатов хирургического лечения и профилактики рецидивов эхинококкоза печени у детей //Новые технологии в детской хирургии, 2014. С. 294-304.
22. *Шамсиев Ж.А., Рахманов К.Э., Давлатов С.С.* Оптимизация методов хирургического лечения эхинококкоза печени //Медицинский журнал Узбекистана, 2016. № 1. С. 45-48.
23. *Шамсиев Ж.А., Рахманов К.Э., Давлатов С.С.* Оптимизация методов хирургического лечения эхинококкоза печени //Медицинский журнал Узбекистана, 2016. № 1. С. 45-48.
24. *Aminov Z., Haase R., & Carpenter D.,* 2011. The Effects of Polychlorinated Biphenyls on Lipid Synthesis. *Epidemiology.* 22 (1), S. 298-S. 299.
25. *Axrorovich S.U. et al.* Surgical tactics in liver echinococcosis of subphrenic localization //Volume 2. Medical science. С. 212.
26. *Axrorovich S.U. et al.* Surgical tactics in liver echinococcosis of subphrenic localization //Volume 2. Medical science. С. 212.
27. *Jamshid S., Ravshan S.* Accompanying defects of development in children with congenital cleft of lip and palate //European science review, 2017. № 1-2.
28. *Minaev S.V. et al.* Laparoscopic treatment in children with hydatid cyst of the liver //World journal of surgery, 2017. Т. 41. № 12. С. 3218-3223.
29. *Mukhitdinovich S.A. et al.* Prevention and pharmacotherapy of liver echinococcosis // Voprosy nauki i obrazovaniya, 2017. № 10 (11).
30. *Nasritdinovich U.S. et al.* Comprehensive diagnosis of liver echinococcosis (literature review) // Voprosy nauki i obrazovaniya, 2019. № 2 (45).
31. *Nazyrov F.G. et al.* Шляхи покращення результатів хірургічного лікування ехінококкоза печінки //Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина, 2018. Т. 8. № 3 (29). С. 39-43.
32. *Kasimov S. et al.* Haemosorption in complex management of hepatargia //The International Journal of Artificial Organs, 2013. Т. 36. № 8.
33. *Sulatanbaevich B.A., Yakhshiboevich S.Z., Jamshedovich V.J.* Role of chemotherapy in prophylaxis of the liver echinococcosis recurrence //Вопросы науки и образования, 2018. № 24 (36).
34. *Shamsiev AM. et al.* Експериментально-морфологічне обґрунтування ефективності застосування альбендазолу для профілактики рецидиву ехінококкозу після операції //Клінічна та експериментальна патологія, 2018. Т. 17. № 3.
35. *Yakhshiboevich S.Z., Jamshedovich V.J., Kamariddinova K.M.* Problem of recurrence of single-chamber liver echinococcosis after surgical treatment and ways to solve them (Literature review) //Вопросы науки и образования, 2018. № 24 (36).