

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПРОРЫВЕ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ЛЕГКИХ

Муртазаев З.И., Байсариев Ш.У.

Самаркандский государственный медицинский университет.

г. Самарканд, Узбекистан.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7994102>

Аннотация: Проанализированы данные хирургического лечения 182 больных эхинококкозом легких. Мужчин – 77 (42,30%), женщин – 105 (57,70%). В легких осложненное течение эхинококкоза наблюдалось у 56 (30,76%) больных. Из них у 34 (60,71%) - прорыв кисты в бронх, у 15 (26,79%) - нагноение кисты и у 7 (12,50%) – прорыв кисты в плевральную полость. Дренирование кист под контролем торакоскопии или рентгеноскопии применено у 12 больных, в 7(58,33%) случаях произведено дренирование полостей под контролем торакоскопа, в 5(41,67%) случаях – под рентгенологическим контролем. Оперативные вмешательства при прорыве кисты в бронх или плевральную полость выполнены через миниторакотомный доступ. Всем больным спустя месяц после оперативного лечения, была назначена химиотерапия альбендазолом в дозе 12 мг/кг в сутки в течении 30 дней.

Ключевые слова: эхинококкоз легких, торакоскопическая эхинококкэктомия, миниторакотомная эхинококкэктомия, химиотерапия

SURGICAL TACTICS IN THE LEVERAGE OF ECHINOCOCCAL CYSTS OF LUNG

Abstract: The data of surgical treatment of 182 patients with pulmonary echinococcosis were analyzed. Men - 77 (42.30%), women - 105 (57.70%). In the lungs, a complicated course of echinococcosis was observed in 56 (30.76%) patients. Of these, 34 (60.71%) had cyst rupture into the bronchus, 15 (26.79%) had cyst suppuration, and 7 (12.50%) had cyst rupture into the pleural cavity. Drainage of cysts under the control of thoracoscopy or fluoroscopy was used in 12 patients, in 7 (58.33%) cases drainage of cavities was performed under the control of a thoracoscope, in 5 (41.67%) cases - under X-ray control. Surgical interventions in case of cyst rupture into the bronchus or pleural cavity were performed through mini-thoracotomy access. All patients a month after surgical treatment were prescribed chemotherapy with albendazole at a dose of 12 mg/kg per day for 30 days.

Keywords: pulmonary echinococcosis, thoracoscopic echinococcectomy, minithoracotomy echinococcectomy, chemotherapy

ВВЕДЕНИЕ

Лечение эхинококковой болезни далеки от своего окончательного решения и сохраняют свою актуальность до настоящего времени. Лёгочная локализация по частоте занимает второе место (10 - 25%) после печени. Двусторонний эхинококкоз легких составляет от 4% до 26,7% всех случаев эхинококкоза легких [1, 4].

По природе кисты развиваются очень медленно, что является причиной ее позднего проявления. Значимость этой проблемы обусловлена тем что, более чем в трети случаев заболевание приобретает осложненное течение. Разрыв кисты, вторичная инфекция, нагноение и гидропневмоторакс являются частыми осложнениями эхинококкоза легких и в общей структуре встречаются в 22,2-47,8%, что иногда может быть опасным для жизни.

Причиной возникновения грозных осложнений является отсутствие специфических признаков, поздняя обращаемость пациентов [2,6,9,10]. Несмотря на внедрение современных методов исследования, ошибки диагностики при осложнённом эхинококкозе лёгких достигают 22,3-40% [1, 3, 8], а послеоперационные осложнения встречаются почти в 47,5% случаев [5,7].

В последние десятилетия были предприняты огромные усилия по лечению эхинококкоза с помощью различных средств. Тем не менее, операция остается основным методом лечения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Мы проанализировали данные хирургического лечения 182 больных эхинококкозом легких (126 больных с неосложненным и 56 – с осложненным эхинококкозом легких), проведенных в нашей клинике в период с 2005 по 2023 года. Возраст больных варьировал от 5 до 83 лет. Мужчин – 77 (42,30%), женщин – 105 (57,70%). В легких осложненное течение эхинококкоза наблюдалось у 56 (30,76%) больных. Из них у 34 (60,71%) - прорыв кисты в бронх, у 15 (26,79%) - нагноение кисты и у 7 (12,50%) – прорыв кисты в плевральную полость.

Помимо клинического обследования, основным методом диагностики были рентген грудной клетки и компьютерная томография. С атипичными клиническими и рентгенологическими признаками для постановки диагноза у пациентов применена фибробронхоскопия (обнаружение эндобронхиальной беловато-желтой или белой студенистой оболочки). С помощью компьютерной томографии (КТ) грудной клетки в легких наблюдались овальные или сферические помутнения. Для выявления кист печени были выполнены КТ и УЗИ брюшной полости.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

При вскрывшихся в бронх эхинококковых кистах с явными клинорентгенологическими признаками нагноении производили 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.

Методика производилась таким образом: производили торакоцентез в 3 или 7 межреберье по передней и задней аксиллярной линии, вводили торакоскоп и определяли точную локализацию кисты. После чего производили торакоцентез над кистой и 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 гнояного 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.

Из 12 случаев у одного больного отмечено осложнение, что проявлялось ограниченной эмпиемой плевры. После консервативных мероприятий с дренированием

гнойника процесс разрешился. В двух случаях 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 22 больных. У 10 (45,45%) больных кисты локализовались в правом, у 7 (31,82%) - в левом легком и в 5 (22,73%) случаях отмечено двухстороннее расположение кист. У 2 больных диагностировано по 3 кисты в одном легком и у 1 – по 2 кисты.

Всем больным произведены оперативные вмешательства, которые выполнены через миниторакотомный доступ. 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 8 - по VI и у 4 больных по VII межреберью. В 2 случаях из минидоступа удалось убрать по 3 кисты из одной доли, а у 4 больных удалены по 2 кисты из двух долей. В 5 случаях локализация кист было двухсторонним. У 4 больных первым этапом произведены операции на стороне осложненной кисты. У одной больной произведена одномоментная операция через минидоступы. У этой больной была большая вероятность прорыва кисты противоположного легкого во время операции или ближайший послеоперационный период.

Приводим наблюдение:

Больная М., 15 л., переведена в нашу клинику из реанимационного отделения Центра Скорой помощи в тяжелом состоянии. Из анамнеза: два дня тому назад с приступом кашля выделилась большое количество солоноватой жидкости. После чего с признаками дыхательной недостаточности больная госпитализирована в реанимационное отделение. Объективно: состояние тяжелое, высыпания по всему телу, дыхание 28 раз в 1 мин. Аускультативно: слева на фоне амфорического дыхания выслушиваются множественные хрипы, справа резко ослабленное дыхание. Перкуторно: справа от III межреберья определяется притупление. Рентгенологически: в левом легочном поле, на проекции нижней доли определяется большое полостное образование с уровнем жидкости размерами 12 x 12 см. Справа определяется гомогенное образование с четкими контурами овальной формы размерами 14 x 10 см. После предоперационной подготовки с диагнозом: Двухсторонний эхинококкоз легких. Прорыв эхинококковой кисты в бронх слева. Дыхательная недостаточность II степени.

Операция: Видеоторакоскопическая эхинококкэктомия из левого легкого. Выполнена боковая миниторакотомия по *lin.axillaris media* в 6 межреберье. Кистотомия с удалением хитина. Бронхиальные свищи ушиты. Полость ликвидирована капитонажем по Вахидову. Плевральная полость дренирована двумя дренажами. Больная перевернута на другой бок и произведена миниторакотомия по 5 межреберью. Выявлена крупная киста, пункция кисты, откачено около 700 мл жидкости. В полость кисты введен глицерин и откачен. Кистотомия и удалена хитиновая оболочка. Ушит один бронхиальный свищ. Остаточная полость обработан по Вишневному. Плевральная полость дренирована. Послеоперационный период протекал гладко. Больной активизирован на 1 сутки после операции. Во время контрольной рентгеноскопии грудной клетки выявлен участок инфильтрации легочной ткани в нижней доле левого легкого, слева в остаточной полости незначительное количество жидкости. В тот же день удалены верхние дренажи, нижние на 3 сутки. Рана зажила первичным натяжением. Больная получила антибиотикотерапию в

течение 3 дней, а также ненаркотические анальгетики. Выписана в удовлетворительном состоянии.

Прорыв кисты в плевральную полость считается одним из тяжелых осложнений эхинококкоза. Для профилактики пиопневмоторакса больные своевременно должны быть подвергнуты операции.

У наших больных в 7 случаях при рентгенологическом исследовании выявлен гидропневмоторакс. 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 7 случаях произведена санация плевральной полости озонированным физиологическим раствором, удаление хитиновой оболочки и капитонаж остаточной полости.

В большинстве случаев – у 54 (96,43%) произведены органосохраняющие операции с пластикой остаточной полости в различных модификациях. Показанием к лобэктомии у 2 (3,57%) пациентов явились случаи осложненного эхинококкоза, при которых кисты занимали всю долю легкого и привели к ее пневмоциррозу.

Всем больным в послеоперационном периоде, через месяц назначали химиотерапию альбендазолом в дозе 12 мг/кг в сутки в течении 30 дней.

Одним из необычных осложнений эхинококкоза легких является разрыв, который может произойти спонтанно, когда размер достигает 7–10 см в диаметре, вторично вследствие инфекционного процесса, травмы грудной клетки, кашля. Разрыв кисты может вызвать разлив содержимого в плевральную полость, которая проявляется как пневмоторакс или гидропневмоторакс. При осложненных кистах оперативное вмешательство начинали с выполнения миниторакотомии, ориентиры для выполнения которой заранее намечали согласно данным рентгенологического обследования. При этом решающее значение имело локализация кист: когда эхинококковая киста локализовалась в верхней доле минидоступ производили по 4 – 5 межреберью, и в зависимости от сегментарной локализации разрез перемещался к передней или задней подмышечной линии. Когда киста локализуется в нижней доле разрез проводился по 6 – 7 межреберью. Под визуальным контролем в III межреберье по передней подмышечной линии или в VII–VIII межреберье по задней подмышечной линии вводили 10 мм троакар для оптики.

ВЫВОДЫ

Таким образом, при прорыве эхинококковых кист в бронхи и плевральную полость проведение эхинококкэктомии через малоинвазивные доступы было возможным более чем у 2/3 пациентов и позволило сократить число послеоперационных осложнений.

Литературы

1. Шевченко Ю. Л., Назыров Ф. Г. Хирургия эхинококкоза. М. : Династия, 2016. 288 с.
2. Черноусов А. Ф., Мусаев Г. Х., Абаршавина М. В. Современные методы хирургического лечения сочетанного эхинококкоза лёгких и печени // Хирургия. 2012. № 7. С. 12–17.
3. Эшмуратов Т.Ш., Сундетов М.М., Ширтаев Б.К. Усовершенствование лечебной тактики сочетанного эхинококкоза правого лёгкого и печени. Вестник хирургии Казахстана. 2015; 2: 35-38.

4. Dakak M, Caylak H, Kavakli K, et al. Parenchyma-saving surgical treatment of giant pulmonary hydatid cysts. Thorac Cardiovasc Surg 2009;57:165-8. 10.1055/s-2008-1039210
5. Kavukcu S, Kilic D, Tokat AO, Kutlay H, Cangir AK, Enon S, Okten I, Ozdemir N, Gungor A, Akal M, Akay H.J Invest Surg. [Parenchyma-preserving surgery in the management of pulmonary hydatid cysts.](#) 2006 Jan-Feb; 19(1):61-8. doi: 10.1080/08941930500444586.
6. Karimi M, Rostami A, Spotin A, Rouhani S.J Parasit Dis. [Ruptured pulmonary hydatid cyst: a case report.](#) 2017 Sep;41(3):899-902. doi: 10.1007/s12639-017-0880-z
7. Kuzucu A, Soysal O, Ozgel M, et al. Complicated Hydatid Cysts of the Lung : Clinical and therapeutic issues. Ann Thorac Surg 2004;77:1200-4. 10.1016/j.athoracsur.2003.09.046
8. Nabi MS, Waseem T. Pulmonary hydatid disease : What is the optimal surgical strategy ? Int J Surg 2010;8:612-6. 10.1016/j.ijssu.2010.08.002
9. Thapa B, Sapkota R, Sayami P. Surgery For Pulmonary Hydatid Cyst: Our Experience With Thoracoscopy. JSSN 2013;16:79-82.
10. Usluer O, Ceylan KC, Kaya S, et al. Surgical Management of Pulmonary Hydatid Cysts. Tex Heart Inst J 2010;37:429-34.