

Хасанов Р.А.

ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ, ОСЛОЖНЕННОГО ПРОРЫВОМ КИСТ В ПЛЕВРАЛЬНУЮ ПОЛОСТЬ

R.A. Khasanov

PECULIARITY OF SURGICAL TREATMENT OF THE PATIENTS WITH PULMONARY ECHINOCOCCOSIS COMPLICATED WITH CYST PERFORATION INTO THE PLEURAL CAVITY

УДК:616.248.612.017.2

Целью настоящего исследования являлось изучение особенностей клиники и оперативного лечения эхинококкоза легких, осложненного перфорацией кист в плевральную полость. В диагностике использованы рентгенография, томография, бронхоскопия, ультразвуковое исследование, реакция Казони и цитология содержимого плевральной полости. Наблюдали 32 больных, у которых возник прорыв кисты в плевральную полость. У 4 произведена лобэктомия, у 3 – атипичная резекция легких, а у остальных – органосохраняющие операции. Осложнения возникли у 6, умер один, рецидив – у 2.

Ключевые слова: легкие, эхинококкоз, прорыв кисты, оперативное лечение.

The object of this research was to study the peculiarity of clinical picture and surgical treatment of the patients with pulmonary echinococcosis complicated with cyst perforation into the pleural cavity. In diagnosis of this disease roentgenography, tomography, bronchoscopy, ultrasonic examination, Cazoni reaction, and cytology of the pleural cavity have been used. Thirty two patients with cyst perforation into the pleural cavity were observed. Lobectomy was carried out in 4 patients, atypical pneumonectomy were carried out in 3 patients, and organs remaining operations were carried out in the rests. Complications were in 6 patients, one patient died, and 2 patients had recidivation.

Key words: lungs, echinococcosis, cyst perforation, surgical treatment.

Введение. Эхинококкоз – тяжелое паразитарное заболевание, в основном поражающее печень, но и легочная локализация не является редкостью. По данным ряда исследователей [1,2] эхинококкоз легких наблюдается в 20-35%, а осложненные формы – от 20 до 39,5%. В последние годы большинство исследователей отмечает увеличение числа больных с эхинококкозом легких и при этом идет рост осложненных форм, диагностика и лечение которых представляет значительные трудности и сложности [3,4]. Из осложнений эхинококкоза легких наиболее часто возникает нагноение эхинококковых кист, реже прорыв кист в плевральную полость, но это наиболее тяжелое осложнение, и при этом развивается клиника, которую врачи нередко трактуют как легочные заболевания (пневмония, плеврит, эмпиема, ателектаз), что ведет к запоздалому оперативному лечению [5,6]. Несмотря на многочисленные исследования, посвященные эхинококкозу легких по вопросам диагностики и лечения, осложнения

после операции остаются на высоком уровне и нередко имеют место случаи летальности.

Целью нашего исследования явилось представить особенности тактических и технических решений, направленных на улучшение результатов оперативного лечения больных с эхинококкозом легких, осложненного прорывом кист в плевральную полость.

Материал и методики исследования. Под нашим наблюдением с 1990 по 2009 гг. находилось 450 больных эхинококкозом легких, из которых осложненные формы заболевания выявлены у 205 (45,5%). Прорыв эхинококковой кисты в плевральную полость имел место у 32, что составило 15,6% из числа всех осложнений. Мужчин было 18, женщин – 14. До 20 лет было 10 больных, от 21 до 30 – 11, от 31 до 40 – 5, от 41 до 50 – 3, от 51 до 60 – 2 и старше 60 лет – одна больная. Одиночные кисты выявлены у 20 больных, а у 12 – множественные, причем у двух из них по 2 кисты в одном легком, еще у двух по две кисты в обеих, у 4 – по одной кисте в каждом легком, еще у 4 – поражение правого легкого сочеталось с эхинококкозом печени.

В диагностике эхинококкоза легких с прорывом в плевральную полость, помимо общеклинического исследования, использовали кожно-аллергическую реакцию Казони, рентгено-томографию легких, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов грудной клетки и брюшной полости, диагностическую бронхоскопию и цитологию содержимого плевральной полости.

Результаты и их обсуждение.

С уточненным диагнозом в отделение поступили 19 больных, а 13 – с различными заболеваниями: наиболее часто (10 чел.) – с диагнозом спонтанный пневмоторакс, осложненный плевритом, 2 – с эмпиемой плевры и 1 – с ателектазом легкого. Из анамнеза установлено, что давность возникновения прорыва у 15 больных составила 1-2 недели, у 9 – 1-2 месяца, у 5 – более 3 месяцев, а у 3 – прорыв кисты возник в клинике, в период подготовки больных к операции. Длительность периода до поступления в стационар существенно влияла на течение заболевания. До госпитализации они в основном получали противовоспалительную и инфузионную терапию и

с связи с ухудшением состояния были направлены в легочно-хирургическое отделение.

Диагноз развившегося осложнения не представляет сложностей, если у больного возникает перфорация в клинике или ранее был установлен эхинококкоз легких и на руках имелся рентгеновский снимок легких, а значительные трудности наблюдаются у больных с поздним поступлением.

При поступлении у всех состояние было тяжелым, все они отмечали боли в грудной клетке, повышение температуры, одышку, резкую слабость. При осмотре отмечалась бледность кожных покровов, в легких на пораженной стороне притупление перкуторного звука и дыхание резко ослабленное, либо совсем не выслушивалось.

При рентгенологическом исследовании у 15 больных выявлен полный коллапс легкого с наличием жидкости в плевральной полости и горизонтального уровня, органы средостения смещены в здоровую сторону, еще у 8 выявлены полости в легком с горизонтальным уровнем, у двух из которых имели место полости с плавающей хитиновой оболочкой, у 3 больных на рентгенограмме отмечен неполный коллапс легкого с наличием полости в легком с горизонтальным уровнем, еще у трех гомогенное затемнение плевральной полости. У трех больных, у которых прорыв наступил в стационаре, в период подготовки к операции заболевание проявилось остро с внезапным появлением боли в грудной клетке, кашель, покрылись уртикарной сыпью, резко снизилось артериальное давление, одышка, акроцианоз, а на рентгенограмме – легкое коллабировано, наличие горизонтального уровня в плевральной полости.

Лечение выполнялось строго индивидуально. Так, больные, у которых в стационаре возник прорыв кисты в плевральную полость, выполняли меры для нормализации их состояния: обезболивающие средства, десенсибилизирующие, сердечно-сосудистые, инфузионная терапия и др. После нормализации гемодинамических показателей в этот же день выполняли операцию, так как затягивание сроков оперативного лечения повышает риск инфицирования плевральной полости.

При поступлении в поздние сроки от начала прорыва сначала осуществляли плевральные пункции с цитологическим исследованием на наличие сколексов с тщательным промыванием полости плевры, а у 5 больных выполнили дренирование с активной аспирацией содержимого и промыванием полости. При цитологическом исследовании плеврального содержимого у 19 выявлены сколексы. В этот период также проводили общеукрепляющую терапию с коррекцией белково-электролитного баланса. Наряду с

этим мерами осуществляли санацию трахеобронхиального дерева.

В результате проведенной подготовки, которую мы не затягивали более недели, все больные были оперированы под эндотрахеальным обезболиванием. После торакотомии тщательно обрабатывали плевральную полость, удаляли обрывки хитиновой оболочки, а затем проводили ревизию. Обработку полости фиброзной капсулы выполняли 5% раствором иода и 96° спиртом. У 12 больных, в связи с утолщенной и ригидной висцеральной и париетальной плевры выполнена декортикация легкого и плеврэктомию. Затем из 32 больных у 4 выполнена лобэктомия в связи с полным разрушением доли, у двух – частичная резекция легкого с кистой, а у остальных больных (26 чел.) выполнены органосохраняющие операции: у 4 – эхинококкэктомия по А.А.Вишневскому с атипичной резекцией легкого (2 кисты), еще у 4 – по А.А.Вишневскому, эхинококкэктомия с капитонажем ложа одной и экстирпация другой кисты еще у двух, а у остальных эхинококкэктомия с капитонажем ложа по Дельбе. После любого типа операции осуществляли проверку на герметичность легочной ткани и гемостаз. Плевральную полость дренировали двумя дренажами (в 3 и 7 межреберьях), через которые осуществляли активную аспирацию содержимого и введение антибиотиков.

Учитывая, что операции выполнялись по поводу такого осложнения эхинококкоза легких как прорыв кисты в плевральную полость, особое внимание уделяли расправлению легкого (так как наличие остаточной полости чревато нагноением), выполнению противовоспалительной и детоксикационной терапии.

Несмотря на профилактику осложнений, все же у 6 больных послеоперационный период осложнился. У 3 – пневмонией, им была осуществлена декортикация легких и ликвидация полости капитонажем по Дельбе, пневмония излечена. У 3 развилась эмпиема плевры с бронхоплевральным свищом, им была произведена эхинококкэктомия по А.А.Вишневскому. Во всех случаях при осложнении эмпиемой плевры проводилось консервативное лечение с дренированием полости эмпиемы. Выздоровление удалось добиться у 5 больных с возникшими осложнениями после операции, а одна умерла от полиорганной недостаточности.

Необходимо отметить, что при эхинококкозе легких, осложненном прорывом кисты в плевральную полость, мы ограничивались оперативным вмешательством только на стороне прорыва кисты, при наличии же кист в противоположном легком и в печени операции

выполняли после выздоровления, это было, как правило, через 2-3 месяца после первой операции.

Отдаленные результаты (от 6 мес. до 10 лет) изучены у 19 больных, у двух из них выявлен рецидив эхинококкоза, они были успешно повторно оперированы, а у остальных 17 пациентов отмечен хороший результат.

Таким образом, наши многолетние наблюдения показали, что прорыв эхинококковых кист в плевральную полость хотя и осложняет заболевание сравнительно редко, но протекает тяжело и требует индивидуального подхода к выбору объема операции. Выжидательная тактика и консервативная терапия при этом приводят к необратимым изменениям в плевре и в легочной ткани, а в дальнейшем – к расширенным операциям, поэтому предоперационная подготовка должна быть кратковременной.

Операцией выбора при этом является органосохраняющие операции с капитонажем ложа

по Дельбе с дополнением декортикации и плеврэктомии при наличии регидного легкого.

Литература:

1. Акматов Б.А. Эхинококкоз. – Бишкек, 1994. – 156 с.
2. Акылбеков И.К., Акматов Б.А., Джоробеков А.Д. и др. Диагностика и хирургическое лечение эхинококкоза. – Бишкек, 2003. – 360 с.
3. Исламбеков Э.С., Исмаилов Д.А. Хирургическое лечение эхинококкоза легких // Медицинский журнал Узбекистана. – 1998. - № 9. – С.46-48.
4. Магомедов С.З. Диагностика и хирургическое лечение осложненного эхинококкоза легких: Автореф. дисс. ... канд.мед.наук, 14.00.27. – Махачкала, 2008. – 14 с.
5. Омурбеков Т.О. Эхинококковая болезнь у детей. – Бишкек, 2002. – 216 с.
6. Тишуков А.А., Исламбеков Э.С. Осложнения эхинококкоза легких и их хирургическое лечение // Медицинский журнал Узбекистана. – 1991. - № 9. – С.6-9.
7. Шипулин П.П., Четвериков С.Г., Сажненко В.В. Опыт хирургического лечения эхинококкоза легких // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2004. - № 4. – С.45-49.

Рецензент: д.м.н., профессор Мусаев А.И.