

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ



Курбаниязов Зафар Бабажанович, Рахманов Косим Эрданович, Хамдамов Олим Дилмуродович Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ЎПКА ЭХИНОКОККОЗИ ХИРУРГИК ДАВОСИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Курбаниязов Зафар Бабажанович, Рахманов Косим Эрданович, Хамдамов Олим Дилмуродович Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

OPTIMIZATION OF SURGICAL TREATMENT OF PULMONARY ECHINOCOCCOSIS

Kurbaniyazov Zafar Babajanovich, Rakhmanov Kosim Erdanovich, Khamdamov Olim Dilmurodovich Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Тадқиқот мақсади. Ўпка эхинококкозини жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилаш. Материаллар ва тадқиқот усуллари. Тадқиқот ўпка эхинококкози билан оғриган 207 нафар беморни даволаш натижаларини ўз ичига олди. Тадқиқот натижалари. Таққослаш гуруҳидаги 98 бемор орасида 111 та жарроҳлик аралашуви амалга оширилди. Асосий гуруҳнинг 109 нафар беморида 127 та жарроҳлик аралашуви амалга оширилди. Таққослаш гуруҳидаги беморларда кўпинча Бобров-Спасокукоцкий, Вишневский ва Воҳидов усулидаги капитонаж қўлланилган. Беморларнинг асосий гуруҳида ўпканинг атипик резекцияси, идеал эхинококкэктомия ва умумий перцистэктомия кавитацион ултратовушли аспиратор дисектори (SONOCA 300) ёрдамида амалга оширилди. Бундан ташқари, асосий гуруҳидаги беморларда очиқ усулдаги эхинококкэктомияда бизлар томондан ишлаб чиқилган усул ёрдамида қолдиқ бўшлиқ бартараф этилди. Хулоса. Ўпка эхинококкозининг жарроҳлик амалиётига замонавий технологияларни жорий этиши ва қолдиқ бўшлиқни модификацияланган усул ёрдамида бартараф қилиши операциядан кейинги эрта асоратларни 13,5% дан 2,4% гача камайтириши ва операциядан кейинги узоқ даврда касалликнинг қайталаниши 9,3% дан 1,4% гача камайишига эришиши билан кўрсатилган ёрдам сифатини яхшилаш имконини берди.

Калит сўзлар: ўпка эхинококкоз, жарроҳлик даволаш.

Abstract. Purpose of the study. Improving the results of surgical treatment of pulmonary echinococcosis. Material and research methods. The study included the results of treatment of 207 patients with pulmonary echinococcosis. Research results. Among the 98 patients in the comparison group, 111 surgical interventions were performed. Among 109 patients of the main group, 127 surgical interventions were performed (18 patients with damage to both lungs). In patients in the comparison group, the Bobrov-Spasokukotsky, Vishnevsky and Vakhidov capitonnage methods were most often used. In the main group of patients, atypical lung resection, ideal echinococcectomy and total pericystectomy were performed using a cavitation ultrasonic aspirator dissector (SONOCA 300). In addition, in the main group of patients with open echinococcectomy, the residual cavity was eliminated using the method we developed. Conclusions. The introduction of modern technologies into the surgical practice of pulmonary echinococcosis and the elimination of the residual cavity using a modified method has improved the quality of care provided by reducing the frequency of immediate postoperative complications from 13.5% to 2.4% and relapse of the disease from 9.3% to 1.4%.

Key words: pulmonary echinococcosis, surgical treatment.

Актуальность. По частоте локализации эхинококкоз легких занимает второе место после эхинококкоза печени [1, 2, 4]. Актуальностью данной проблемы является то, что заболевание часто приобретает осложненное течение. Частым осложнением эхинококкоза легких является прорыв кисты в бронхи, которая обусловлена отсут-

ствием специфических признаков при эхинококкозе легких, поздняя обращаемость пациентов [3, 8].

По данным литературы осложнения при эхинококкозе легких встречаются в 22,2-47,8%. Наиболее частые и грозные – прорыв эхинококковой кисты в бронх или плевральную полость, нагноение кисты и кровотечение. Они приводят к тяжелым последствиям, опасным для жизни

больного, и требуют неотложной медицинской помощи [5, 6, 7].

Несмотря на внедрение современных методов исследования, ошибки диагностики при осложнённом эхинококкозе лёгких достигают 22,3-40%, а послеоперационные осложнения встречаются почти в 47,5% случаев [9, 10, 11].

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения эхинококкоза легких.

Материал и методы исследования. В основу исследования включены результаты лечения 207 больных эхинококкозом легких, поступивших в хирургическое отделение многопрофильной клиники Самаркандского государственного медицинского университета в период с 2010 по 2023 год. Больные были распределены на две группы. В группу сравнения вошли 98 больных, оперированных с 2010 по 2016 гг., которым оперативные вмешательства произведены традиционными методами после стандартной диагностики. С 2017 года оперативные вмешательства при эхинококкозе легких были совершенствованы с использованием современных технологий. С 2017 по 2023 гг. оперированы 109 больных, которые вошли в основную группу.

Из 207 больных эхинококкозом легких у 199 (96,1%) пациентов эхинококкоз был выявлен впервые и у 8 (3,9%) больных эхинококкоз был рецидивным. У всех больных рецидивным эхинококкозом легких рецидив был первичный. Все больные в анамнезе перенесли одну операцию в других стационарах.

Анализируя данные о локализации эхинококковых кист при эхинококкозе легких всего обнаружено 237 кист в различных сегментах. Нами было отмечено более частое поражение правого легкого, имевшее место у 113 (54,6%) больных, причем из них у 86 (76,1%) пациентов кисты располагались в нижней доле. Изолированное поражение левого легкого было у 66 (31,9%) больных. У 28 (13,5%) пациентов поражение эхинококкозом было в обоих легких.

Определение локализации кист легких основывалось на делении легких на сегменты. Следует акцентировать внимание на том, что эхино-

кокковые кисты чаще всего локализовались в нижних долях VII - X сегменты легких, что составило 136 (65,7%) случаев.

Большинство пациентов поступали в стационар в плановом порядке. Поэтому в структуре поражений преобладали больные с I и II клинической стадией жизнедеятельности паразита по классификации Мельникова, что составило 191 (92,3%) человек. В дооперационном периоде осложненных кист удалось определить в 59 (28,5%) случаях. В структуре осложнений преобладало нагноение эхинококковой жидкости, которое было констатировано у 27 (45,8%) больных. Во время операции в 143 (69,1%) случаях были выявлены цистобронхиальные свищи (табл. 1).

Всем больным, поступившим с диагнозом эхинококкоз легких производился комплекс клинических, лабораторных и инструментальных исследований.

Среди 98 больных группы сравнения выполнено 111 оперативных вмешательств (13 больных с поражением обеих легких).

После достижения адекватной экспозиции больным группы сравнения была применена открытая эхинококкэктомия с пункцией и вскрытием кисты. Закрытая, идеальная эхинококкэктомия была выполнена через широкий торакотомный доступ и применена только 5 (4,5% из 111 больных группы сравнения) больным с периферическим расположением эхинококковой кисты. Из них 2 больным произведена атипичная резекция легкого и 3 больным произведена энуклеация кисты с плотной фиброзной капсулой. Всего закрытым способом удалено 5 кист. Из 111 больных удалено 136 кист.

Следующим этапом было выбор ликвидации остаточной полости. Открытым способом удалено 131 киста (96,3% из 136). Существенным моментом техники органосохраняющего оперативного вмешательства является ликвидация остаточной полости. У больных группы сравнения наиболее часто применяли способ Боброва-Спасокукоцкого, Вишневого и капитонаж Вахидова (рис. 1).

Таблица 1. Распределение больных эхинококкозом легких по виду осложнений

Поражение	Группа больных				Всего (n=207)	
	Группа сравнения (n=98)		Основная группа (n=109)			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Неосложнённый эхинококкоз	29	29,6	35	32,1	64	30,9
Осложнённый эхинококкоз	69	70,4	74	67,9	143	69,1
Цисто-бронхиальные свищи	37	37,7	41	37,6	78	37,7
Нагноение	13	13,2	11	10,1	24	11,6
Нагноение + цисто-бронхиальные свищи	19	19,4	22	20,2	41	19,8

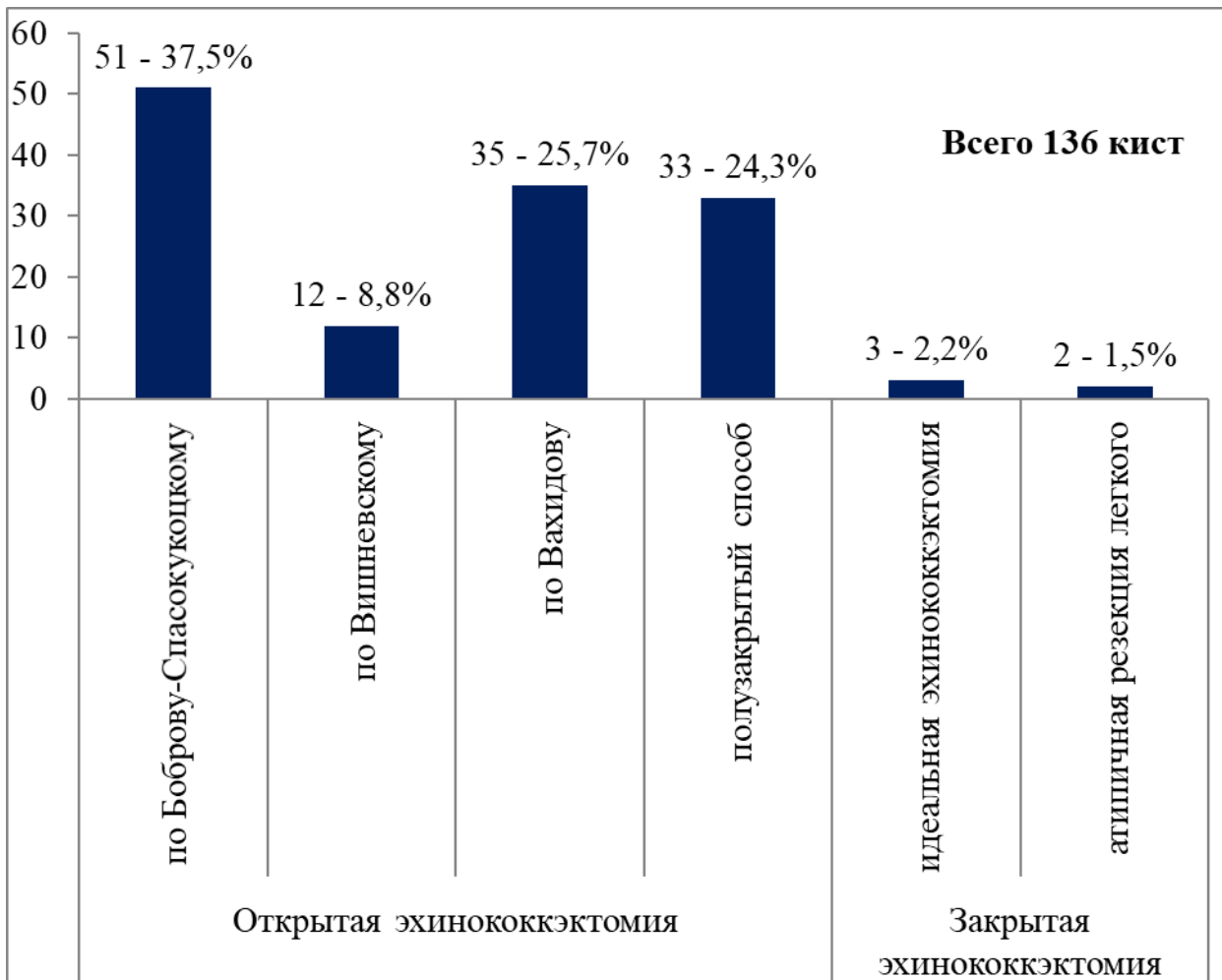


Рис. 1. Способ выполненной эхинококкэктомии из легких у больных группы сравнения (всего 136 кист)

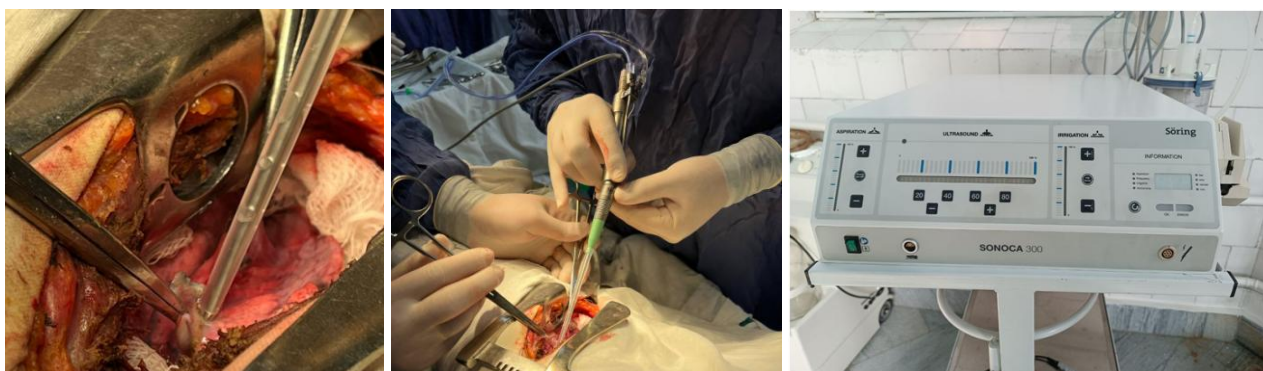


Рис. 2. Тотальная перицистэктомия при помощи ультразвукового диссектора аспиратора (CUSA) – SONOCA 300 при эхинококкозе легкого

В 33 (24,3%) случаях группы сравнения выполнена полузакрытая эхинококкэктомия. Показанием к ликвидации остаточной полости полузакрытым способом были следующие: 1) ригидная остаточная полость в легком с наличием бронхиального свища и признаками нагноения или прорыва в бронх; 2) остаточная полость диаметром больше 15 см с перифокальным воспалением и инфильтрацией; 3) предотвращение развития послеоперационного бронхоплеврального свища при невозможности его ушивания на дне остаточной полости. В послеоперационном периоде дренажную трубку из остаточной полости удаляли не

сразу, а поэтапно, парциально через 14 дней. Это связываем с постепенным заживлением и закрытием остаточной полости в легком.

Среди 109 больных основной группы выполнено 127 оперативных вмешательств (18 больных с поражением обеих легких). Из 127 больных основной группы всего удалено 166 кисты. Атипичная резекция легкого, идеальная эхинококкэктомия и тотальная перицистэктомия была выполнена использованием кавитационного ультразвукового диссектора аспиратора (SONOCA 300) (рис. 2) у 3, 7 и 22 больных соответственно, всего 34 кист.

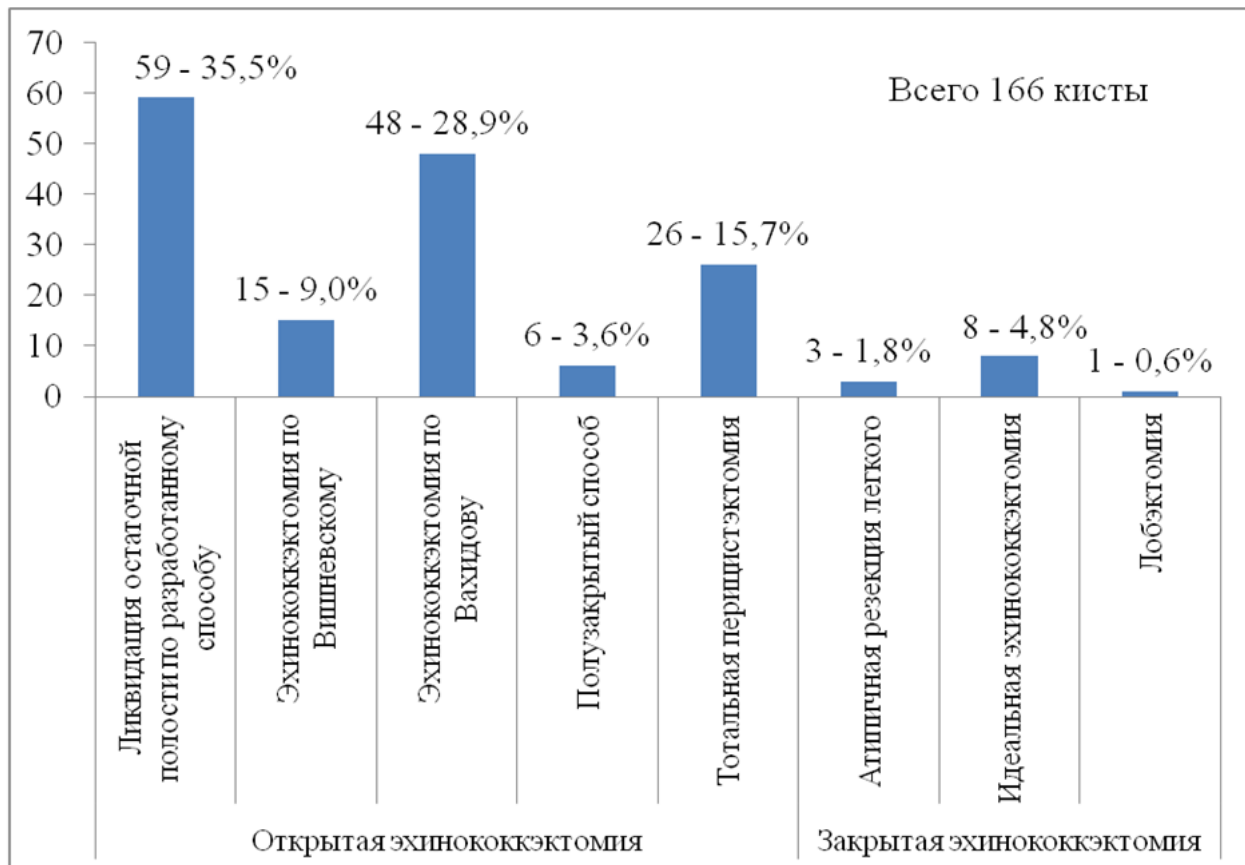


Рис. 3. Способ выполненной эхинококкэктомии из легких у больных основной группы (всего 166 кист)

Атипичная резекция легкого и идеальная эхинококкэктомия с вылушиванием кисты с фиброзной капсулой была выполнена больным с краевым расположением кисты. Тотальная перикистэктомия произведена при кальцинированных, уплотненных осложненных кист.

После открытой эхинококкэктомии в основной группе больных в 28,9% случаев остаточная полость была ликвидирована методом В.Вахидова, в 9,0% случаев была выполнена эхинококкэктомия по Вишневскому (рис. 3). В основной группе больных при выявлении цистобронхиальных свищей придерживались принципа не ликвидации цистобронхиальных свищей. Как и авторы И.Я. Дейнека, 1968 г. и А. Aytos et al., 1977 г. считаем, что бронхиальные свищи служат естественным дренажом для остаточной полости, и поэтому их ушивать нецелесообразно [12]. В связи, с чем в основной группе больных полужакрывтый способ капитонажа сократился от 24,3% до 3,6%. Тем самым предотвратили восходящую инфекцию остаточной полости.

Кроме того, у больных группы сравнения после обычного ушивания остаточной полости мы нередко наблюдали не адекватную гермитизацию остаточной полости, в связи, с чем нами разработан модифицированный метод капитонажа остаточной полости.

Способ осуществляли следующим образом, после обработки остаточной полости, ликвидиро-

вали её вворачивающими швами. Далее выкраивали лоскут на ножке от париетальной плевры и в шахматном порядке фиксировали её на линию шва ликвидированной остаточной полости, тем и добивались адекватной гермитизации и предотвращали бронхоплеврального сообщения (рис. 4).

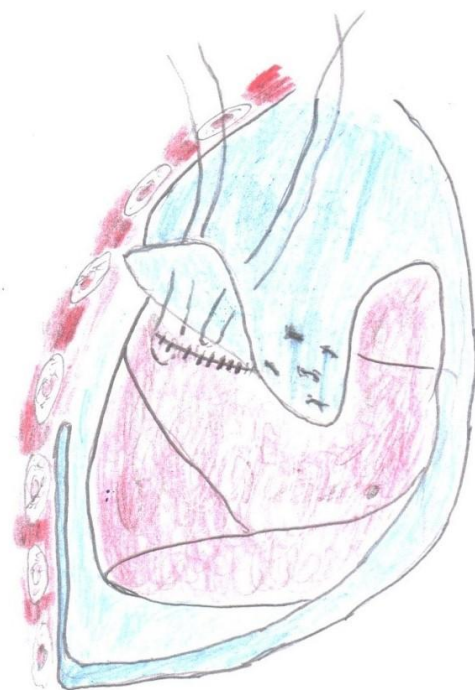


Рис. 4. Предлагаемый нами способ ликвидации остаточной полости после эхинококкэктомии из легких

Таблица 2. Течение послеоперационного периода у больных с эхинококкозом легких

Показатели	Группа сравнения (n=111)	Основная группа (n=127)
Длительность лихорадки, сут.	7,2±1,2	1,3±0,1
Количество койко-дней:		
- до операции, сут.	3,2±1,3	1,3±0,7
- ОРИТ, сут.	2,4±0,9	1,1±0,02
- после операции, сут.	7,3±2,05	4,2±1,07
- всего, сут.	13,1±4,3	7,4±1,7
Сроки удаления дренажа из остаточной полости, сут.	16,3±1,2	14,9±1,7
Сроки удаления дренажа из плевральной полости, сут.	4,3±1,05	2,3±0,1
Выписаны с дренажами, абс. (%)	32 (28,8%)	6 (4,7%)

Хирургическую тактику при множественном двустороннем эхинококкозе легких определяли следующим образом. При наличии осложнений в первую очередь оперативное вмешательство выполнялось на стороне осложненного процесса. При отсутствии осложнений всегда оперировали с той стороны, где были кисты больших размеров.

У самой тяжелой категории больных с множественным двусторонним поражением легких – первоначально оперировали то легкое, в котором имелось большее количество кист. В приоритетном порядке оперировались напряженные (большие и гигантские) кисты с признаками ателектаза или коллабироваия легкого. Оперативное вмешательство на противоположной стороне проводилось через 2-3 месяца в зависимости от общего состояния, возраста, послеоперационного течения.

У 1 (0,8% из 127 больных основной группы) больной с нагноившейся кистой средней доли правого легкого (V сегмент) внутрипаренхиматозного расположения и перифокальным воспалением после интраоперационного консилиума произведена лобэктомия с целью предотвращения аррозивного кровотечения во время операции и грозных осложнений в раннем послеоперационном периоде таких как долго не заживающая остаточная полость, которая может быть причиной эмпиемой плевры.

Операцию завершали дренированием плевральной полости, как правило, одним нижним дренажом.

При неосложненном течении дренажную трубку из плевральной полости удаляли через 3-5 суток (в среднем через 4,1±0,05 дня) после контрольной рентгенографии при условии полного расправления оперированного легкого. У 6 больных с полузакрытым способом капитонажа дренажные трубки из остаточной полости удаляли в среднем через две недели после операции. Этот срок необходим был для надежной облитерации

плевральной полости вокруг внутрилегочной трубки и самой остаточной полости.

Результаты исследования и их обсуждение. Благодаря внедрению в практику выше указанных новшеств в хирургии эхинококкоза легких в основной группе больных удалось сократить нахождения пациентов в стационаре, в послеоперационном периоде раньше нормализовалась температура тела у больных с осложненными формами эхинококкоза. В связи с сокращением показаний к полузакрытым способам капитонажа остаточной полости сократилось число больных выписываемых на амбулаторное лечение с дренажами от 28,8% до 4,7% (табл. 2).

Немаловажную роль в улучшении непосредственных результатов хирургического лечения больных с эхинококкозом легких играет продолжительность операции. У больных основной группы по сравнению с контролем удалось на 30 мин. сократить длительность вмешательства, и соответственно его травматичность за счет применения миниторакотомии и упрощения техники ликвидации «сложных» остаточных полостей путем ушивания с дополнительной герметизацией париетальной плевры.

Совокупность тактико-технических аспектов, направленных на снижение травматичности оперативного вмешательства, внедрение выше указанных новшеств способствовали к снижению неудовлетворительных непосредственных результатов. Из-за подтекания эхинококковой жидкости в окружающую ткань у 2 больных группы сравнения во время операции наблюдали анафилактический шок. Интраоперационные признаки анафилактического шока у больных под общей анестезией с использованием ИВЛ были: сыпь, снижение артериального давления, тахикардия. После интенсивной терапии анестезиологов больные выведены из шокового состояния. У 5 (2,1%) больных было обсеменение содержимым кисты в окружающие ткани, из них 4 (3,6%) больных группы сравнения. Не встречались послеоперационные плевриты и раневые инфекции.

Таблица 3. Непосредственные результаты хирургического лечения эхинококкоза легких

Вид осложнения	Группа сравнения, n=111		Основная группа, n=127		Всего, n=238	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Интраоперационные осложнения						
Анафилактический шок	2	1,8	0	0	2	0,8
Интраоперационное кровотечение	2	1,8	1	0,8	3	1,3
Обсеменение содержимого кисты в окружающие ткани	4	3,6	1	0,8	5	2,1
Всего интраоперационных осложнений	8	7,2	2	1,6	10	4,2
Осложнения в раннем послеоперационном периоде						
Нагноение остаточной полости	4	3,6	0	0	4	1,7
Плеврит	3	2,7	0	0	3	1,3
Кровохарканье	7	6,3	3	2,4	10	4,2
Нагноение послеоперационной раны	3	2,7	0	0	3	1,3
Всего осложнений в раннем послеоперационном периоде	17	15,3	3	2,4	20	8,4
Число больных с осложнениями в раннем послеоперационном периоде	15	13,5	3	2,4	18	7,6

Интраоперационные осложнения снизились с 7,2% до 1,6%, а осложнения в раннем послеоперационном периоде от 13,5% до 2,4% (табл. 3).

Проанализированы отдаленные результаты у 144 (69,6%) из 207 оперированных больных по поводу эхинококкоза легких. Из них 75 (76,5% из общего числа 98 больных группы сравнения) больных из группы сравнения и 69 (63,3% из общего числа 109 больных основной группы) больных из основной группы. Для оценки отдаленных результатов больные подвергались тщательному анкетированию, амбулаторному и стационарному обследованию.

Одним из главных показателей, характеризующих эффективность оперативного вмешательства при эхинококкозе, является частота рецидивов заболевания. При изучении характера рецидива (истинный рецидив, резидуальная киста или реинвазия) сопоставлялась локализация первично оперированной и повторно выявленной кист, сроки появления рецидива, особенности ранее применявшихся методов хирургического вмешательства, количество, размеры и осложненность первичных кист.

Из 144 больных, обследованных в отдаленные сроки, рецидив эхинококкоза отмечен у 8 (5,5%) больных, из них 7 (9,3%) случаев в группе сравнения и всего 1 (1,4%) случай в основной группе.

Выводы. Применение ультразвукового диссектора аспиратора SONOCA 300 даёт возможность шире использовать радикальные современные методы хирургических вмешательств при эхинококкозе, выполнять их бескровно, с хорошим окончательным аэро- и гемо- при минимальном травмировании тканей в зоне воздействия с

разрушением и аспирацией перикистозной паренхимы, что сводит к нулю вероятность оставления в этой зоне зародышевых элементов эхинококковой кисты.

Внедрение в хирургическую практику эхинококкоза легких современных технологий и ликвидации остаточной полости модифицированным способом позволил улучшить качество оказываемой помощи за счет снижения частоты ближайших послеоперационных осложнений с 13,5% до 2,4% ($p=0,027$ по критерию χ^2) и рецидива заболевания с 9,3% до 1,4% ($p=0,031$ по критерию χ^2).

Литература:

1. Акбаров М. М. и др. Современные пути лечения и профилактики эхинококкоза печени // Проблемы биологии и медицины. – 2020. – Т. 120. – №. 4. – С. 12-18.
2. Курбаниязов З. Б. и др. Предоперационная химиотерапия при хирургическом лечении эхинококкоза печени // Том-1. – 2022. – С. 277.
3. Курбаниязов З. и др. Миниинвазивная хирургия и химиотерапия эхинококкоза легких // Журнал проблемы биологии и медицины. – 2014. – №. 3 (79). – С. 37-38.
4. Мамараджабов С. Э., Ризаев Ж. А., Баймаков С. Р. Роль и место сероэпидемиологического обследования населения в ранней диагностике эхинококкоза в Самаркандской области // Актуальные аспекты медицинской деятельности. – 2021. – С. 209-212.
5. Муртазаев З. И. и др. Оптимальная Хирургическая тактика при эхинококкозе легких // Достижения науки и образования. – 2019. – №. 11 (52). – С. 61-66.

6. Назиров Ф. Г. и др. Состояние проблемы, вопросы классификации и патофизиологии осложненного течения эхинококкоза печени. – 2018.
7. Ризаев Ж. А. и др. Значение санитарного просвещения в гигиеническом воспитании населения в очагах эхинококкоза // *AIJR Abstracts*. – 2020. – С. 45.
8. Ризаев Ж. А., Мамараджабов С. Э. Серозидемиологическое обследование на эхинококкоз жителей Самаркандской области // *Материалы II Международной научно-практической онлайн конференции «современные достижения и перспективы развития охраны здоровья населения»*. – 2020. – Т. 17. – С. 59-60.
9. Ризаев Ж. А. и др. Выбор хирургической тактики в зависимости от дооперационной топической диагностики эхинококкоза печени // *Биология ва тиббиёт муаммолари*. – 2021. – Т. 5. – №. 131. – С. 117-119.
10. Ризаев Ж. А. и др. Оптимизация диагностики различных морфологических форм эхинококкоза печени // *Биология ва тиббиёт муаммолари*. – 2021. – Т. 5. – №. 131. – С. 120-124.
11. Шамсиев А. М., Курбаниязов З. Б., Саттаров Ш. Х. Применение малоинвазивных технологий при сочетанном и множественном эхинококкозе легких и печени // *Врач-аспирант*. – 2011. – Т. 46. – №. 3.3. – С. 472-477.
12. Шевченко Ю.Л., Назыров Ф.Г. Хирургия эхинококкоза. – Москва: Изд-во «Династия», 2016. С. 289.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ

Курбаниязов З.Б., Рахманов К.Э., Хамдамов О.Д.

Резюме. *Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения эхинококкоза легких. Материал и методы исследования. В основу исследования включены результаты лечения 207 больных эхинококкозом легких. Результаты исследования. Среди 98 больных группы сравнения выполнено 111 оперативных вмешательств. Среди 109 больных основной группы выполнено 127 оперативных вмешательств. У больных группы сравнения наиболее часто применяли способ Боброва-Спасокукоцкого, Вишневого и капитонажа Вахидова. В основной группе больных атипичная резекция легкого, идеальная эхинококкэктомия и тотальная перцистэктомия была выполнена использованием кавитационного ультразвукового диссектора аспиратора (SONOCA 300). Кроме того в основной группе больных при открытой эхинококкэктомии остаточная полость ликвидирована разработанными нами способом. Выводы. Внедрение в хирургическую практику эхинококкоза легких современных технологий и ликвидации остаточной полости модифицированным способом позволил улучшить качество оказываемой помощи за счет снижения частоты ближайших послеоперационных осложнений с 13,5% до 2,4% и рецидива заболевания с 9,3% до 1,4%.*

Ключевые слова: *эхинококкоз легких, хирургическое лечение.*