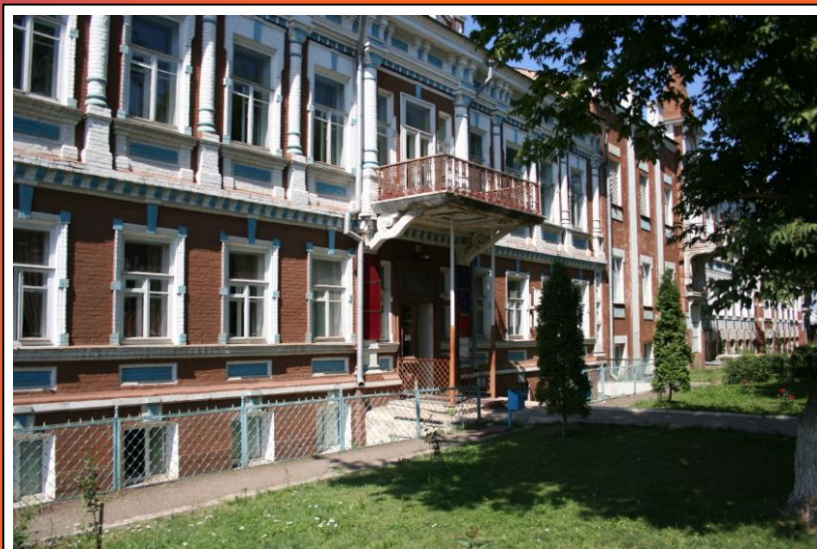


ISSN 2304-9081

Учредители:
Уральское отделение РАН
Оренбургский научный центр УрО РАН

Бюллетень
Оренбургского научного центра
УрО РАН
(электронный журнал)



2014 * № 1

On-line версия журнала на сайте
<http://www.elmag.uran.ru>

© Коллектив авторов, 2014

УДК [616.24+616.36]–002.951.21–089

В.С. Тарасенко, С.А. Корнилов, Н.Г. Асауф

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ И ПЕЧЕНИ

Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург, Россия

Цель. Анализ хирургической тактики у больных с сочетанным эхинококкозом легких и печени.

Материалы и методы. Произведен анализ результатов хирургического лечения 151 больного сочетанным эхинококкозом легких и печени.

Результаты. По данным комплексного обследования 151 больного выявлено 178 паразитарных очагов: в правом легком – 69 (38,7%), в левом – 92 (51,7%) и сочетанных в легких и печени – 17 (8,6%), размером от 2 до 18 см. У 69 пациентов проведена двусторонняя одномоментная торакотомия с эхинококкэктомией. Двустороннюю торакотомию с интервалом 2-4 недели выполнили у 15 больным. У 17 пациентов с наличием двусторонних паразитарных кист в легких в сочетании с поражением печени после торакотомии произвели лапаротомию с эхинококкотомией.

Заключение. Тактика хирургического лечения должна быть индивидуальной в зависимости от локализации, величины, количества кист и общего состояния больного.

Ключевые слова: эхинококкоз легких и печени, хирургическое лечение, тактика.

V.S. Tarasenko, S.A. Kornilov, N.G. Asauf

SURGICAL TREATMENT OF PULMONARY AND HEPATICS ECHINOCOCCOSIS

Orenburg State Medical Academy, Orenburg, Russia

Aim. The analysis of surgical tactics at patients with combined pulmonary and hepatic echinococcosis.

Materials and methods. The analysis of the results of surgical treatment of 151 patients by the combined pulmonary and hepatic echinococcosis was performed.

Results. As a result, complex examination 151 patients were identified 178 parasitic cysts: in the right lung - 69 (38.7%) on the left - 92 (51.7%), and combined in lungs and liver - 17 (8.6%), of 2 to 18 cm. At 69 patients one-stage bilateral thoracotomy with Echinococcectomy was conducted. Bilateral thoracotomy with an interval of 2-4 weeks in 15 patients was performed. A 17 patients with bilateral parasitic cysts in lungs with liver combined after thoracotomy with laparotomy ehinokokkotomiey produced.

Conclusions. Surgical treatment should be individualized according to the localization, size, amount of cysts and the patient's general condition.

Key words: echinococcosis of the lungs and liver, surgical treatment, tactics.

Введение

За последние годы частота заболеваемости эхинококкозом людей возросла [1], прежде всего в районах с традиционно развитым «пастбищным» животноводством, с жарким и сухим климатом [2]. Одной из сложных в ди-

агностическом, тактическом, лечебном и прогностическом отношениях форм эхинококкоза является сочетанное поражение легких, печени и других органов брюшной полости [3, 4]. Хирургическое лечение сочетанного множественного двустороннего эхинококкоза легких и печени, а так же других органов брюшной полости является сложной, многоэтапной работой [5].

В тактическом плане необходимо решать вопросы, связанные с последовательностью выполнения операции и интервалом проведения операций при сочетанном эхинококкозе легких и печени [6]. Имеются предложения оперировать таких пациентов одномоментно, как вариант – двумя бригадами.

Однако следует иметь в виду, что двусторонняя торакотомия при хирургическом лечении эхинококкоза легких весьма травматична, сопровождается дополнительной интраоперационной кровопотерей, развитием дыхательной недостаточности различной степени в раннем послеоперационном периоде. При солитарных неосложненных кистах в обоих легких, когда их размеры примерно одинаковы, очередность операций не имеет принципиального значения.

Цель исследования – анализ хирургической тактики у больных с сочетанным эхинококкозом легких и печени.

Материалы и методы

В настоящей работе проведен анализ результатов обследования и лечения 151 пациента в возрасте 17-74 года с эхинококкозом легких, а также сочетанным эхинококкозом легких и печени. Мужчин было 91 (60,3%), женщин – 60 (39,7%). В возрасте до 20 лет эхинококкоз наблюдался у 38 (25,2%), от 21 до 40 лет – у 60 (39,7%), от 41 до 60 лет – у 45 (29,8%), от 61 до 74 лет – у 8 (5,3%) больных. Подавляющее большинство больных было молодого и среднего, работоспособного возраста, постоянно проживало в сельской местности. Длительность заболевания до года наблюдалась у 143 (94,7%), свыше одного года (2-4 года) – у 8 (5,3%) пациентов. Первичный паразитарный процесс наблюдался у 134 (88,7%) пациентов, «рецидивный» эхинококкоз диагностирован у 17 (11,3%) больных в течение 1-4 лет после первой выполненной операции.

Клиническое обследование включало: сбор анамнеза заболевания и эпиданамнеза, осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию и получение данных с использованием инструментально-лабораторных методов диагно-

стики (анализ крови, ультразвуковая диагностика, рентгенография, компьютерная томография). При этом у 38 (25,2%) пациентов отмечалась эозинофилия от 5 до 21%. Биохимические показатели и коагулограмма не претерпевали существенных изменений; только у двух больных с трудно интерпретируемым по данным компьютерной томографии (КТ) характером процесса проводился иммуноферментный анализ (ИФА).

Следует отметить, что не у всех больных проведенное лучевое обследование (рентгеноскопия, полипозиционная рентгенография) позволило окончательно выставить диагноз эхинококкоза; у 87 (57,6%) больных, в том числе у 17 пациентов с сочетанным поражением легких и печени, дополнительно проведенное ультразвуковое исследование позволило верифицировать паразитарный процесс и его осложнения. Из осложнений до операции выявлены: реактивные плевриты (одно- и двусторонние) – у 43 больных, нагноение кисты – у 21, самопроизвольное опорожнение в бронхиальное дерево – у 12, а у 4 пациентов – вскрытие в плевральную полость с картиной ограниченного гидроторакса.

Результаты и обсуждение

В результате комплексного обследования 151 больного было выявлено 178 паразитарных очагов: в правом легком – 69 (38,7%), в левом – 92 (51,7%), и сочетанное их присутствие в легких и печени – 17 (8,6%), размером от 2 до 18 см, чаще всего размеры были 4-8 см.

При наличии двусторонних эхинококковых кист легких в зависимости от общего состояния больного придерживались тактики одномоментного или этапного оперативного вмешательства. У 69 пациентов была проведена двусторонняя одномоментная торакотомия с эхинококкэктомией, причем оперативное вмешательство начинали с той стороны, где имелись кисты больших размеров, с развившимися осложнениями или угрозой их развития. Двустороннюю торакотомию с интервалом 2-4 недели выполнили 15 больным, из них 6 оперировали, не выписывая из стационара, с интервалом 2 недели. У 17 больных двусторонние паразитарные кисты в легких сочетались с поражением печени. Им после торакотомии с удалением эхинококковых кист из легких произвели лапаротомию с эхинококкотомией, капитонажем остаточной полости печени по Дельбе (8 человек), атипичной резекции печени (4 пациента), перицистэктомией (5 больных). В остальных случаях (n=44) при одно-

сторонней локализации паразитарных кист выполнялась односторонняя торакотомия.

При сочетании эхинококкоза левого легкого и печени, при поражении правого легкого и левой доли печени производили оперативное вмешательство в два этапа: торакотомию и эхинококкэктомию из легкого, через 2-3 мес. – лапаротомию и эхинококкэктомию из печени. Обработка полости кисты осуществлялась спиртом, йодопионом, глицерином. В послеоперационном периоде наиболее частыми осложнениями были гидроторакс (5,9%), нагноение послеоперационной раны (3,3%) и кровотечение (1,3%); последнее, наблюдавшееся у двух больных, потребовало выполнения реторакотомии и остановки кровотечения из ушитого ложа большой эхинококковой кисты. Средняя длительность пребывания больных составила 21 койко-день.

На основе литературных данных [7, 8] и нашего опыта мы убедились, что при сочетанном эхинококкозе легких и печени целесообразно оперативное вмешательство начинать с торакотомии и эхинококкэктомии, учитывая вероятность быстрого развития осложнений в легких и плевральной полости, которые наблюдались у прооперированных больных.

Несколько слов о рецидиве эхинококкоза легких, который встречался у 17 больных и выявлялся у них после первой операции через 3-4 года. Согласно энциклопедическому определению, «рецидив болезни» подразумевает повторное развитие болезни в организме больного, считавшегося излеченным при устранении болезнетворного начала [7]. Вместе с тем возможно повторное развитие патологии в связи с наличием факторов, приводящих к рецидиву заболевания, а также в связи с повторным заражением (реинвазией) [2, 7]. Несмотря на применение антипаразитарных препаратов в качестве консервативной терапии на этапе их реабилитации после ранее выполненной операции (албендазол, немазол) в соответствии с имеющимися рекомендациями [2, 7, 8], предотвратить рецидив у наших пациентов не удалось. Следует особо отметить, что рецидив заболевания был отмечен у пациентов молодого и среднего возраста, проживающих в сельской местности и занимающихся сельскохозяйственным трудом.

В связи с вышеизложенным мы считаем, что под рецидивом эхинококкоза необходимо подразумевать все случаи обнаружения кист любой локализации у больного за период от завершения хирургического лечения (при ко-

тором были удалены все диагностированные кисты) до достижения критериев излеченности. Поэтому для ранней диагностики рецидива болезни необходим динамический контроль за пациентом после выполненной операции (полипозиционная рентгеноскопия грудной клетки, УЗИ легких и органов брюшной полости) не менее двух раз в год с выполнением современных высокоинформативных диагностических методик в виде иммуноферментного анализа (ИФА) на эхинококкоз и КТ.

Выводы:

1. Тактика хирургического лечения пациентов с двусторонним эхинококкозом легких должна быть индивидуальной и определяться локализацией, величиной, количеством кист, общим состоянием больного, позволяющим перенести одномоментную биторакотомию.

2. При решении вопроса о выборе порядка проведения оперативных вмешательств при сочетанном эхинококкозе легких и печени следует учитывать степень поражения органов, размер кист, развившиеся осложнения или угрозу их развития.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев М.А., Воронов С.А., Ешмуратов Т.Ш. и др. Хирургическая тактика при двустороннем и сочетанном эхинококкозе легких. Хирургия. 2005. 6: 55-57.
2. Перельман М.И. Эхинококкоз органов грудной полости и легких. М., 1976. 256 с.
3. Назыров Ф.Г., Акилов Х.А., Исламбеков А.С. и др. Тактика хирургического лечения двустороннего эхинококкоза легких. Грудная и сердечно-сосуд. хир. 2002. 5: 65-69.
4. Пышкин С.А., Куляшов А.И., Алладин А.С. и др. Множественное сочетание эхинококкоза. Хирургия. 2006. 6: 64-66.
5. Дадвани С.А., Стреляева А.В., Гостищев В.К. и др. Малоинвазивные оперативные вмешательства и химиотерапия при эхинококкозе. Анналы хир. 2000. 4: 38-46.
6. Шевченко Ю.Л., Травин Н.О., Аблицов Ю.А. Эхинококкоз органов грудной клетки: состояние проблемы и результаты лечения. Вестн. Российской Военно-медицинской академии. 2007. 17 (2): 800.
7. Ахмедов И.Г. Патогенетическое обоснование определение понятия «рецидив эхинококковой болезни». Анналы хир. 2004. 2: 73-76.
8. Травин Н.О. Семейный эхинококкоз: одномоментная эхинококкэктомия у пациентки с множественными паразитарными кистами лёгких и печени и миниинвазивное хирургическое вмешательство у пациента с эхинококкозом печени. Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И.Пирогова. 2007. 2 (2): 135.

Поступила 21.02.2014 г.

(Контактная информация: Корнилов Сергей Александрович - к.м.н., ассистент кафедры госпитальной хирургии, урологии Оренбургской государственной медицинской академии; 460000, г. Оренбург, ул. Советская, 6; тел. 8 (3532) 35-88-90, e-mail: pride56@mail.ru)