

**Сравнительная оценка атипичной резекции легкого, выполненной из стандартной торакотомии и мини-торакотомии**

Показатели	Стандартная торакотомия	Видеоассистированное вмешательство
Длительность операции, мин.	90±30	65±30
Длительность дренирования плевральной полости, сут.	3,4±1,2	2,0±0,1
Количество экссудата, мл	480±140	290±65

Оценка течения послеоперационного периода при видеоассистированной лобэктомии по сравнению с лобэктомией, выполненной из стандартного доступа, показывает, что несмотря на большую продолжительность операции, послеоперационный период, так же как и при видеоконтролируемой атипичной резекции, протекает более благоприятно, хотя выполнение видеоассистированной лобэктомии требует от хирурга большого опыта и умения.

Высокоэффективны торакоскопические операции при лейомиомах пищевода. Особенностью вмешательства является прецизионная техника оперирования, позволяющая избежать повреждения слизистой оболочки при выделении опухоли и ушивании мышечного слоя пищевода. Вылущенную опухоль погружали в эндоскопический контейнер и удаляли через один из разрезов для торакотомии. Операция практически бескровная, в среднем кровопотеря не превышала 100-150 мл. Послеоперационных осложнений мы не наблюдали. В одном наблюдении потребовался переход на стандартную торакотомию.

Таким образом, торакоскопические вмешательства показаны для установления причины рецидивирующего плеврита, при диффузных заболеваниях легких для установления морфологического диагноза, при буллезной эмфиземе и спонтанном пневмотораксе, грудной симпатэктомии, перикардите для выполнения плеврорикардостомии, удалении кист средостения. При периферических образованиях легкого и доброкачественных опухолях средостения целесообразна видеоассистированная операция. При генерализованной миастении, раке легкого и пищевода целесообразность выполнения радикальных операций с помощью видеотехники до конца не изучена, требуется дальнейшее накопление материала, совершенствование техники операции и изучение отдаленных результатов. На сегодняшний день показания к такого рода вмешательствам должны определяться в каждом конкретном случае исключительно индивидуально и полностью соответствовать целям операции.

## **ЭХИНОКОККОЗ СЕРДЦА И ЛЕГКИХ: СТРАТЕГИЯ И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ**

*Ю.Л. Шевченко, Ю.А. Аблицов, Н.О. Травин*

*Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова*

По данным ВОЗ, инфекционные и паразитарные заболевания остаются в XXI в. ведущими в структуре причин смерти человека и занимают в разных странах второе-третье, а иногда и первое место. Так, почти каждый второй человек на планете заражен одним из паразитов: в основном, аскаридозом – 1, 2 млрд чел. или

анкилостомозом – 900 млн. чел. [7]. В России ситуация по паразитарным заболеваниям и, в частности, по эхинококкозу, остается сложной. За последние 10 лет произошел трехкратный рост заболеваемости населения эхинококкозом; при этом около 15% составляют дети до 14 лет. Общее число больных эхинококкозами в России может достигать 50 тыс. человек [3]. Средний показатель заболеваемости эхинококкозом по России составляет 0,4 на 100 тыс. населения, однако в некоторых регионах он гораздо выше (в Чукотском АО – 9,1, Карачаево-Черкессии – 6,7, Оренбургской области – 4,2, в Дагестане – 3,7). Тем не менее, за почти 150-летний период – от первого упоминания (Н. Кашин, 1862) до настоящего времени – в отечественной литературе имеется описание не более 60 клинически диагностированных случаев эхинококкоза сердца [2]. Такая редкая встречаемость этой патологии обуславливает полную неподготовленность врачей к ее диагностике и рациональному лечению, что делает проблему актуальной. Особое значение приобретает тот факт, что среди заболевших увеличивается число жителей мегаполисов, никак не связанных со скотоводством [7].

Целью исследования является обобщение опыта диагностики и различных методов лечения пациентов с эхинококкозом сердца – как изолированным, так и сочетающимся с эхинококкозом легких.

Опыт нашего Центра основывается на лечении более чем 300 пациентов, оперированных по поводу эхинококкоза печени, 41 случае эхинококкоза легких и 12 больных с эхинококкозом сердца (девять мужчин и три женщины в возрасте от 17 до 72 лет). Локализация кист в сердце была следующей: межпредсердная перегородка – двое больных, межжелудочковая перегородка – двое, правый желудочек – двое, левый желудочек – один больной, перикард – двое, множественные кисты – трое. В пяти наблюдениях выявлено изолированное поражение сердца, у семи больных оно сочеталось с кистами в других органах, в первую очередь, в легких.

Эхинококковые кисты растут медленно, в среднем на 1-3 см в год, и поэтому длительное время остаются бессимптомными. Диагностика эхинококкоза состояла из выявления кисты (как правило, случайного) и ее идентификации как эхинококковой. Клинические проявления эхинококкоза сердца не имеют специфичных симптомов. Поэтому основное место в диагностике занимают инструментальные методы исследования – рентгенография органов грудной клетки, ЭхоКГ, компьютерная (КТ) и магнитно-резонансная (МРТ) томография в сочетании с серологическими реакциями на эхинококкоз.

Поскольку в большинстве случаев, помимо поражения сердца, имелись гидатиды и в других органах, обследование должно не ограничиваться сердцем, а носить комплексный характер. Кисты больших размеров хорошо визуализируются при рентгенографии органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях. Основным диагностическим признаком служит необычная деформация контуров сердца. Эхокардиография (ЭхоКГ) – относительно простой и очень надежный метод диагностики эхинококкоза сердца [8]. Дополнительную информацию можно получить при чреспищеводной ЭхоКГ, особенно в случаях множественного поражения [4]. Не менее ценными методами дифференциальной диагностики кист являются КТ и МРТ [4, 10]. «Двойной контур» стенки кисты является специфическим признаком эхинококковой кисты. Несмотря на то, что чувствительность серологических реакций относительно невысока, а титры далеко не всегда соответствуют морфологическим проявлениям заболевания, они являются обязательным этапом диагностики [5]. По нашим данным, псевдонегативные результаты реакции непрямой гемагглютинации и иммуноферментного анализа имелись у четверти пациентов, сомнительные – еще у 5%.

У четырех пациентов с эхинококкозом сердца от оперативного лечения по разным причинам было решено воздержаться (трое погибли в сроки от 3 до 11 месяцев, судьба одного больного нам неизвестна), один пациент погиб на этапе обследования. Следует отметить, что дооперационная химиотерапия вызывает гибель кисты с размягчением и деструкцией стенки. Сердечные кисты практически всегда при этом разрываются [5, 6, 9]. Поэтому, если при других локализациях кист возможно применение противоэхинококковых препаратов – как в предоперационном периоде, так и в качестве самостоятельного метода лечения, – то при эхинококкозе сердца такая тактика смертельно опасна и недопустима!

Семь пациентов оперированы (двое – в условиях искусственного кровообращения, пять – на работающем сердце). Двум пациентам с солитарным поражением перикарда, который в одном наблюдении сочетался с небольшой (до 3 см) кистой в легком, проведена перикардэктомия. При поражении сердца и легкого у двух пациентов хирургическое вмешательство выполнено одномоментно. У одного больного вмешательство по поводу эхинококковых кист различных локализаций выполнено в три этапа с интервалами между ними в 2-3 недели: сначала удаление кист из правого легкого и из правых отделов сердца, затем удаление кист из левого легкого и левых отделов сердца и третьим этапом – удаление кисты из головного мозга. Хирургическая тактика заключалась в мобилизации кисты из окружающих тканей, пункции кисты для ее декомпрессии и срочного микроскопического исследования пунктата (с целью определения, живые или погибшие зародышевые элементы содержит киста) с последующим вскрытием просвета гидатиды, удалением хитиновой оболочки и обработкой остаточной полости контактным гермицидом. Непосредственный хороший результат хирургического лечения отмечен у всех больных.

Огромное влияние на результаты лечения оказывает последующая химиотерапия [1], которая необходима для воздействия на отсеиваемые эхинококка малых размеров, недоступного современным методам диагностики. Всем нашим пациентам после операции проведены курсы химиотерапии албендазолом в течение 3-4 недель с интервалами между курсами 2-4 недели. Максимальные сроки наблюдения к настоящему времени – 5 лет, рецидивов заболевания не было. Все вместе взятое позволяет положительно оценить результаты хирургического лечения эхинококкоза сердца.

Локализация эхинококковых кист в сердце характеризует агрессивность паразита и свидетельствует о его нетипичной морфологии и, соответственно, о высоком риске рецидива инвазии. Поскольку в большинстве случаев эхинококкоз сердца сочетается с поражением и других органов, диагностика должна носить комплексный характер. Лечение больных также должно быть комплексным, независимо от радикальности и абластичности вмешательства. При этом хирургическое удаление гидатид должно в обязательном порядке предшествовать химиотерапии.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гилевич М Ю. // Вестн. хир., 1985. – 6: 41-45.
2. Перельман М.И., Платов И.И., Моисеев В.С. // Хирургия, 1996. – № 7. – С. 3-8.
3. Сергеев В. П., Акимов Р. Ф., Романенко Н. А., Фролова А. А. // ЗниСО. – 1993. – № 3. – С. 11-13.
4. Atilgan D., Kudat H., Tukek T. et al. // J. Am. Soc. Echocardiogr. – 2002. – V. 15. – P. 271-274.
5. Birincioglu C.L., Bardakci H., Kucuker A. et al. // Ann. Thorac. Surg. – 1999. – V. 68. – P. 1290-1294.
6. Di Bello R., Menendez H. // Circulation, 1963. – V. 27. – P. 366-374.
7. Eckert J., Gemmel M.A., Meslin F.X. Pawlowski Z.S. WHO/OIE manual on echinococcosis in humans and animals: a public health problem of global concern. Updated: 14 Dec 2001. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.oie.int>.
8. Kardaras F., Kardara D., Tselikos D. et al. // Eur. Heart. J. – 1996. – V. 17. – P. 1265-1270.
9. Odev K., Acikgozoglu S., Gormus N. et al. // Eur. Radiol. – 2002. – No. 12. – P. 627-633.
10. Von Sinner WN. CT and MRI findings of cardiac echinococcosis. // Eur. Radiol. – 1995. – No. 5. – P. 66-73.