

ДВУСТОРОННИЙ СОЛИТАРНЫЙ ЭХИНОКОККОЗ ЛЕГКИХ. ОСЛОЖНЕННЫЙ ПРОРЫВОМ В БРОНХ КИСТЫ ПРАВОГО ЛЕГКОГО И АНАФИЛАКТИЧЕСКИМ ШОКОМ.

(СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

З.К. Гафуров

(Андижанский Государственный медицинский институт, Андижанский филиал
Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи Республики
Узбекистан)

Резюме

Эхинококкоз - широко распространенное тяжелое паразитарное заболевание человека, которое является эндемичным для республик Центральной Азии и Казахстана, в том числе для Узбекистана.

До настоящего времени предложено множество классификаций эхинококкоза легких в зависимости от клинического течения, локализации и морфологии.

Осложненный эхинококкоз характеризует третий период течения заболевания, т.е. сюда относятся нагноение кисты, прорыв в бронх или плевральную полость, обызвествление.

Среди клинических проявлений характерными симптомами являются: боль различной интенсивности на стороне поражения, выделение обрывков хитиновой оболочки вместе с мокротой, кашель со слизисто-гнойной мокротой, кровохарканье и рецидивирующее кровотечение. В зависимости от диаметра дренирующего кисту бронха и вирулентности инфекции, нагноительный процесс в ложе кисты может принять гангренозный характер, в этих случаях мокрота приобретает гнилостный характер.

Эхинококк легкого, прорвавшийся в бронх, характеризуется симптомами патогномичными для многих заболеваний бронхо-легочной системы, и установление правильного диагноза в наиболее короткие сроки зависит от комплекса диагностических методов исследования.

Resume

Echinococcosis is a widespread severe human parasitic disease that is endemic to the republics of Central Asia and Kazakhstan, including Uzbekistan.

To date, many classifications of lung echinococcosis have been proposed, depending on the clinical course, localization and morphology.

Complicated echinococcosis characterizes the third period of the course of the disease, i.e. this includes suppuration of the cyst, breakthrough into the bronchus or pleural cavity, calcification.

Among the clinical manifestations, the characteristic symptoms are: pain of varying intensity on the side of the lesion, the release of fragments of chitinous membrane together with sputum, cough with mucopurulent sputum, hemoptysis and recurrent bleeding. Depending on the diameter of the bronchus draining the cyst and the virulence of the infection, the suppurative process in the cyst bed can take a gangrenous character, in these cases the sputum becomes putrefactive.

Echinococcus of the lung, which has broken into the bronchus, is characterized by symptoms pathognomonic for many diseases of the bronchopulmonary system, and the establishment of a correct diagnosis in the shortest possible time depends on a set of diagnostic research methods.

Эхинококкоз является широко распространенным паразитарным заболеванием человека, эндемичным для республик Центральной Азии, в том числе для Узбекистана.

Одним из грозных осложнений эхинококка легкого является перфорация кисты в бронх. Частота ее, по данным различных авторов, доходит до 50% всех осложнений и требует проведения различных по объему и характеру операций.

Осложненный эхинококкоз характеризует третий период течения заболевания. К нему относятся нагноение кисты, прорыв в бронх или плевральную полость, обызвествление.

Если взглянуть на частоту выявления осложненного течения данного заболевания, при поражении легких, с высоты прошедшего времени, то складывается нижеследующая картина: по наблюдениям Н.И.Ахунбаевой (1971г.), осложненный эхинококкоз легких встречается в 13,4% случаях, по Р.П.Аскерханову (1978г.) в 30,7% , по Е.Х.Урусову (1983г.) в 26,7% случаев, по Petrov D., e.a., (2001г.) – 36,2%, Altiaev G.e.a.,(2001г.) – 47%. Как видно из этих данных, удельный вес осложненного течения болезни в конце 20 - го и начале 21 - го веков возрастал, что указывает и на то, что заболеваемость была так же высокой.

На рубеже 2005-2010 гг. в связи с профилактическим применением антипаразитарных препаратов в детском и подростковом возрасте, обеспеченном за счёт средств государства и утвержденным нормативными документами Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, заболеваемость пошла на убыль и в настоящее время мы сталкиваемся со спорадическими случаями.

Одним из грозных осложнений эхинококка легкого является перфорация кисты в бронх. Частота ее, по данным различных авторов, достигает до 50% всех осложнений и требует проведения различных по объему и характеру операций.

Эхинококк легкого, прорвавшийся в бронх, характеризуется симптомами, патогномоничными для многих заболеваний бронхо - легочной системы, и установление правильного диагноза в наиболее короткие сроки зависит от комплекса диагностических методов исследования.

Основным способом лечения этой болезни, является оперативное вмешательство, которое может быть органосохраняющим (эхинококкэктомии по Боброву - Спасокукоцкому, А.А.Вишневному, капитонаж по Дельбе, экстирпация кисты, полузакрытая эхинококкэктомия по Р.П. Аскерханову и др.) и резекционным (частичные резекции, лобэктомии, билобэктомии, пульмонэктомии).

Следует отметить различие тактики разных школ торакальной хирургии по срокам при осложненном течении болезни. Так, С.Р. Рахимов с соавт., 1998, А.А.Гумеров и соавт.(2000г.) проводили оперативные вмешательства в экстренном и срочном порядке, после предварительной предоперационной подготовки. Г.Р. Аскерханов и соавт.(2000г.) - указывали на экстренные вмешательства при прорыве кисты в плевральную полость.

Другие авторы предлагали проведение более длительной предварительной комплексной предоперационной подготовки. (Азизов А.А., Давлятов С.Б., Сафаров А.С., 1998).

Довольно противоречивы были взгляды хирургов в отношении резекционных методов оперативного вмешательства. Так, одни авторы (Алиев М. А. С соавт., 2001, Toben F.M., Vlaauwgeers J.L.1995) считали, что резекционные методы вмешательств показаны только в исключительных случаях. Другие полагали, что резекции легкого следует выполнять не только при осложненном течении эхинококкоза, но и в остальных случаях, независимо от наличия осложнений со стороны кисты или паренхимы легкого (Карапетян Э.К. с соавт., 2001, Rammos K.S., e.a.,1996.).

Учитывая вышеизложенное, можно отметить, что, несмотря на большой опыт лечения эхинококка легкого осложненного прорывом в бронх, по настоящее время остаются открытыми вопросы тактики хирургических вмешательств. Дискутабельны вопросы выполнения органосохраняющих или резекционных вмешательств, не освещены конкретные показания к ним, основанные на анализе клинического течения заболевания и морфологических исследований. Немаловажное значение имеют элементы предоперационной подготовки и показаний к ней.

Вашему вниманию представляется случай из практики отделения торако-сосудистой хирургии Андижанского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (АФ РНЦЭМП) Республики Узбекистан.

В своей практике отделение торако-сосудистой хирургии АФ РНЦЭМП придерживается классификации Dielafou (1894г.) - Мельникова (1935г.) предложенной В.В.Вахидовым и Э.С.Исламбековым (1972г.), как наиболее простой и схематичной: 1 стадия - бессимптомного течения заболевания (латентный период); 2 стадия - клинического проявления болезни (период манифестации); 3 стадия - осложнения (комплементарный период).

Осложненный эхинококкоз характеризует третий период течения заболевания, т.е. сюда относятся нагноение кисты, прорыв в бронх или плевральную полость, обызвествление.

Пациент Х., 1968 года рождения, ИБ № 16185/710, поступил в отделение торако-сосудистой хирургии 20 июля 2022 года из районного медицинского объединения(РМО), где он получал лечение в реанимационном отделении с диагнозом: Двусторонний, гигантский, солитарный эхинококкоз легких. Осложнение: прорыв в бронх кисты правого легкого. Анафилактический шок.

Согласно выписке из РМО и анамнеза, за час до поступления в реанимационное отделение у пациента на фоне здоровья появился упорный кашель с обильной мокротой, по типу рвоты, потеря сознания и в дальнейшем интенсивная терапия в условиях реанимации. По стабилизации состояния проведена МСКТ грудной клетки, на которой выявлен – Двусторонний солитарный эхинококкоз легких, с прорывом кисты правого легкого в бронх. Рис.1 и 2.

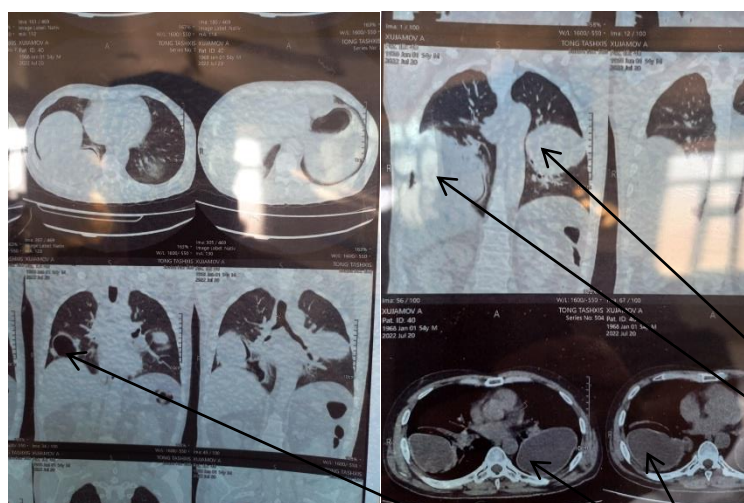


Рисунок1.

Рисунок2.

На МСКТ срезах – с обеих сторон наличие полостных, жидкость содержащих образований больших размеров. Образование правого легкого с прослойкой газа(признак осложнения).

По стабилизации состояния и дообследования пациент переведен в АФ РНЦЭМП, где после кратковременной предоперационной подготовки пациенту, под общим эндотрахеальным наркозом, проведена операция «Боковая торакотомия справа. Эхинококкэктомия из нижней доли правого легкого с капитонажем остаточной полости по Delbet. Санация и дренирование правой плевральной полости».

Интраоперационно выявлено, что киста расположена в нижней доле легкого и фиброзная капсула кисты на 1/3 выступает из легочной ткани. Выполнена пункция кисты, аспирация прозрачной жидкости, рассечена фиброзная капсула, удалена белого цвета хитиновая оболочка больших размеров. Выявлено наличие бронхиального свища диаметром до 6мм открывающегося на дне остаточной полости, который ушит наложением «Z» - образного шва, после чего ложе паразита последовательно обработано растворами 3% перекиси водорода, спиртового раствора йода и 96% спиртом. Ложе паразита ликвидировано по Delbet, с дополнительными плевризирующими швами. Плевральная полость обработана растворами антисептиков, двойное нижнее дренирование и послойное ушивание раны наглухо.

Одномоментно последовательная эхинококкэктомия из левого легкого не проведена в связи с лабильностью гемодинамики и настоянию анестезиологов.

Послеоперационный период протекал гладко и на 6-е сутки после вмешательства пациент в стабильном состоянии выписан из стационара для дальнейшего наблюдения по месту жительства и условием повторного обращения через месяц.

При повторном обращении состояние пациента удовлетворительное, гемодинамика стабильная, рентгенологически легочные поля справа расправлены, синусы свободные. Образование левого легкого без осложнений. Учитывая вышеизложенное пациенту под общим эндотрахеальным наркозом, проведена операция «Боковая торакотомия слева. Эхинококкэктомия из нижней доли левого легкого с капитонажем остаточной полости по Delbet. Санация и дренирование левой плевральной полости».

Тактика оперативного лечения практически идентична с первой операцией, необходимо отметить наличие двух бронхиальных свищей открывающихся в ложе паразита диаметром до 3мм, которые были ушиты наложением «Z» - образного шва.

Послеоперационное течение гладкое, в удовлетворительном состоянии пациент выписан из стационара на 7-е сутки после операции для дальнейшего наблюдения по месту жительства и рекомендованным курсом химиотерапии Альбендазолом.

Таким образом, несмотря на то, что заболеваемость эхинококкозом на протяжении последних 20 лет заметно снизилась, актуальность заболевания, раннего выявления, выбор методов диагностики и оперативного лечения остается высокой и достаточно востребованной. Дальнейшие изыскания направленные на совершенствование профилактики, диагностику и методов лечения данного заболевания должны проводится с учётом развития фармации и медицинских технологий.

Список литературы:

1. Акилов Х.А., Акмеев В.Р. Результаты одномоментных и поэтапных операций при двустороннем эхинококкозе легких. // Вахидовские чтения 2001.: Тез.докл. Ж. Хирургия Узбекистана, 2001, № 3, с. 24.
2. Аскерханов Р. П. Хирургия эхинококкоза. - Махачкала: Дагестанское книгоиздательство. 1976. –376 с
3. Вахидов В. В, Исламбеков Э. С. Эхинококкоз легких. - Ташкент: - Медицина. 1972. - 174 с.
4. Гумеров А.А., Ишимов Ш.С., Гумеров М.И. и др. Эхинококкоз легкого у детей, осложнения, лечение. // Межд. науч.практ. конф. Проблемы эхинококкоза: Тез.докл. - Махачк. 29-30 сентября 2000г. с. 45 – 46.
5. Грубник В.В., Шипулин П.П. и др. Лазерная хирургия эхинококкоза легких. Анналы хирургии. М. –1998, -6, с. –30.
6. Исламбеков Э.С., Максумов Д.Т. Хирургическая тактика при множественном эхинококкозе легких. // Вахидовские чтения 2001.: Тез.докл. Ж. Хирургия Узбекистана, 2001, № 3, с. 39 - 40.
7. Исмаилов Д.А. Применение лазерного излучения в комплексном хирургическом лечении заболеваний легких.: Автореф.дисс.докт.мед.наук- Ташкент.1998.- 34с.
8. Кенжебаев А. А. Сравнительная оценка некоторых методов обработки ложа эхинококковых кист у больных с осложненным течением эхинококкоза легких. // Нагноительные заболевания легких и плевры: Тез. докл. Респ.науч.конф. 15-16 октября - Самарканд, 1998. с. 65.
9. Кротов Н.Ф., Ганиев Ш.А., Арустамова М.Н. и др. Алгоритм диагностики эхинококкоза печени и легких.// Вахидовские чтения 2001.: Тез.докл. Ж. Хирургия Узбекистана, 2001, № 3, с. 14.
10. Эхинококкоз (Морфологическое обоснование хирургического лечения). / Ф.Г.Назыров, Д.А. Исмаилов и др.; под ред. Ф.Г.Назырова - Т.: Медицина. 1999. - 107 с.

11. Назыров Ф.Г., Угарова Т.Б. Лечебно-диагностическая бронхофиброскопия у больных с эхинококкозом легкого в до-, интра - и послеоперационном периоде. // Вахидовские чтения 2001.: Тез.докл. Ж. Хирургия Узбекистана, 2001, № 3, с. 19-20
12. Петровский Б. В. и др. Хирургия эхинококкоза. - М.: Медицина. 1985. 216с.
13. Akilova D. N., Ikramov A.I., Allabergenov A. T. Comparative analysis of x-ray and ct images of pulmonary hydatidosis. XXth International Congress Of Hydatydology 4-8 June 2001 Kusadasi-Turkey, -P 187
14. Эхинококкоз (Морфологическое обоснование хирургического лечения). / Ф.Г.Назыров, Д.А. Исмаилов и др.; под ред. Ф.Г.Назырова - Т.: Медицина. 1999. - 107 с.
15. Назыров Ф.Г., Угарова Т.Б. Лечебно-диагностическая бронхофиброскопия у больных с эхинококкозом легкого в до-, интра - и послеоперационном периоде. // Вахидовские чтения 2001.: Тез.докл. Ж. Хирургия Узбекистана, 2001, № 3, с. 19-20
16. Петровский Б. В. и др. Хирургия эхинококкоза. - М.: Медицина. 1985. 216с.
17. Akilova D. N., Ikramov A.I., Allabergenov A. T. Comparative analysis of x-ray and ct images of pulmonary hydatidosis. XXth International Congress Of Hydatydology 4-8 June 2001 Kusadasi-Turkey, -P 187
18. Anadol D, Ozcelik U, Kiper N, Gocmen A, Treatment of hydatid disease. - Paediatr Drugs –2001, -3(2), -p123-35
19. Dadvani SA, Shkrob OS, Lotov AN, Musaev GK. Treatment of hydatid echinococcosis. Khirurgiia (Mosk) –2000, -(8), -p27-32
20. Kir A, Baran E. Simultaneous operation for hydatid cyst of right lung and liver. Thorax. Cardiovasc. Surg. –1995, -2, -43 (1), -p 62 – 4.
21. Petrov D, Goranov E, Plochev M, Minchev T. S. Surgical treatment of pulmonary hydatidosis. XXth International Congress Of Hydatydology 4-8 June 2001 Kusadasi-Turkey, -p 181