

В.С. Пантелеев^{1,2}, А.В. Якушев², К.В. Каменев², Д.Р. Мушарапов¹, В.П. Соколов¹
ЭХИНОКОККОЗ ЛЁГКИХ: ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ¹ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

²ГБУЗ «Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова», г. Уфа

Эхинококкоз – паразитарное заболевание циклического характера, поражающее жизненно важные органы – печень и лёгкие. Если диагностика, профилактика и хирургическое лечение эхинококкоза печени уже достаточно хорошо изучены и широко освещены, то эхинококкоз лёгких, как реже встречающееся заболевание, требует обобщения опыта работы торакальных хирургов для выбора наиболее оптимальных методов хирургического лечения. В статье представлен опыт диагностики и хирургического лечения больных эхинококкозом лёгких в условиях отделения торакальной хирургии ГБУЗ «Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова», г. Уфа за период с 2010 по 2019 годы. В ходе исследования выявлено, что наиболее чувствительными методами исследования являются рентгенография и компьютерная томография лёгких. Наибольшее количество случаев поражения лёгких приходилось на нижнедолевую локализацию. Отмечена тенденция к уменьшению размеров паразитарных кист у пациентов на протяжении 10-летнего периода наблюдения. Изучены основные варианты оперативных вмешательств, применявшихся при эхинококкозе лёгкого. Проведенный анализ операций показал снижение роста лобэктомий и увеличение числа органосохраняющих операций. Рецидивы заболевания, выявленные в различные сроки (от 6 месяцев до 5 лет) после первичного хирургического вмешательства составляли около 8% случаев.

Ключевые слова: эхинококкоз лёгких, торакотомия, лобэктомия, идеальная эхинококкэктомия.

V.S. Panteleev, A.V. Yakushev, K.V. Kamenev, D.R. Musharapov, V.P. Sokolov
ECHINOCOCCOSIS OF LUNGS: DIAGNOSTICS AND SURGICAL TREATMENT

Echinococcosis is a cyclical parasitic disease that affects vital organs - the liver and lungs. Despite the fact that the diagnosis, prevention and surgical treatment of liver echinococcosis have already been well studied and widely covered, pulmonary echinococcosis, as a less common disease, requires generalization of the experience of thoracic surgeons to select the most optimal methods of surgical treatment. The article presents the experience of diagnostics and surgical treatment of patients with pulmonary echinococcosis in the department of thoracic surgery of the Republican Clinical Hospital named after G.G. Kuvatov, Ufa for the period from 2010 to 2019. The study revealed that the most sensitive research methods are radiography and computed tomography of the lungs. The greatest number of lesions occurred in the lower lobe localization. There was a tendency towards a decrease in the size of parasitic cysts in patients over a 10-year follow-up period. The main variants of surgical interventions used for pulmonary echinococcosis have been studied. The analysis of the operations showed a decrease in the growth of lobectomies and an increase in the number of organ-preserving operations. Relapses of the disease identified at various times (from 6 months to 5 years) after the primary surgery accounted for about 8% of cases.

Key words: pulmonary echinococcosis, thoracotomy, lobectomy, ideal echinococsectomy.

Эхинококкоз – это достаточно распространенное во всем мире эпидемиологическое паразитарное заболевание, приносящее огромный ущерб здоровью людей [1-5]. Республика Башкортостан занимает одно из первых мест по заболеваемости эхинококковой болезнью в России, являясь ее эндемическим очагом. Эхинококкоз может поражать любой орган и любую ткань, но наиболее часто печень и лёгкие. По имеющимся данным соотношение эхинококкоза печени к лёгким составляет пять к одному [6]. Эхинококкоз лёгких обычно имеет однокамерную (гидатидозную) форму, редко многокамерную, он может быть первичным и вторичным (метастатическим), развиваться в любом отделе лёгкого, но

преимущественно поражает нижние доли. При этом могут формироваться односторонние или двусторонние, одиночные или множественные эхинококковые кисты, имеющие мелкий (до 2 см), средний (2-4 см) или крупный (4-8 см и более) размеры.

Материал и методы

Нами проанализирован собственный опыт лечения больных, которым в условиях отделения торакальной хирургии ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова г. Уфы с 2010 по 2019 годы производились оперативные вмешательства по поводу эхинококкоза лёгких. Всего за указанный период на лечении находились 75 пациентов, из которых 47 мужчин и 28 женщин от 18 до 70 лет (табл. 1).

Таблица 1

Распределение пациентов по возрасту и полу

Пол	Возраст, лет					
	18-25	26-35	36-45	46-55	56-70	Всего
Мужчины	8	15	15	7	2	47
Женщины	6	7	8	5	2	28
Итого...	14	22	23	12	4	75

На догоспитальном этапе с применением флюорографии обследованы 44 пациента, рентгенографии – 31 пациент, компьютерной

томографией грудной клетки – 12 пациентов. Все пациенты обследованы с целью дифференциальной диагностики, а также для уточ-

нения локализации и количества паразитарных кист. Чувствительность флюорографии составила 91%, рентгенографии – 96%, компьютерной томографии – 99%. Из 75 (100%) пациентов у 13 (17%) отмечались следующие симптомы заболевания: недомогание, повышенная утомляемость, боль в груди тупого характера, одышка, упорный кашель (сначала сухой, затем влажный, с прожилками крови), дисфагия. У остальных 62 (83%) больных заболевание протекало бессимптомно и выявлялось при проведении флюорографии и рентгенографии органов грудной клетки, компьютерной томографии (рис. 1 и 2).



Рис. 1. Обзорная рентгенограмма грудной клетки – двустороннее поражение лёгких эхинококкозом

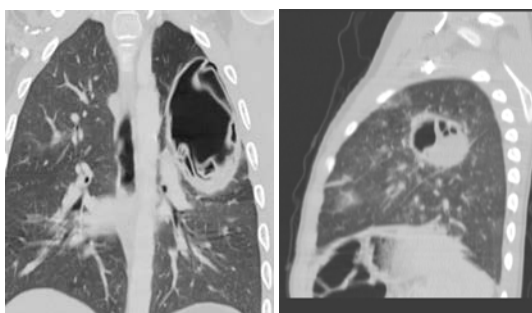


Рис. 2. Компьютерные томограммы грудной клетки – визуализируется эхинококковая киста верхней доли правого лёгкого

Локализация эхинококковых кист в лёгких, прилегающих областях и в сочетании с печенью представлена в табл. 2.

Таблица 2

Локализация эхинококковых кист		
Локализация		Количество абс. (%)
Левое лёгкое	Верхняя доля	13 (18)
	Нижняя доля	20 (27)
Правое лёгкое	Верхняя доля	10 (13)
	Нижняя доля	18 (24)
Двухстороннее поражение		4 (5)
Лёгкое + средостение		1 (1)
Лёгкое + плевральная полость		5 (7)
Лёгкое + печень		4 (5)
Всего...		75 (100)

Как видно из таблицы наибольшее количество случаев поражения пришлось на нижние доли лёгких.

Результаты и обсуждение

Все 75 пациентов были подвергнуты хирургическому лечению (100% оперативная активность) с применением различных спосо-

бов оперативного пособия, причем 6 больных оперировались дважды в связи рецидивом заболевания, поэтому проведена 81 операция (табл. 3). При двухстороннем поражении оперативные вмешательства на лёгких производили с интервалом между операциями в 3-4 месяца, при этом оперировать начинали со стороны наибольшего размера эхинококковой кисты. В случаях сочетанного поражения лёгкого с печенью операции всегда начинали с вмешательства на лёгком и после 3-х месяцев оперировали на печени. Все операции производились из широкого торакотомного доступа (переднебоковая торакотомия) с выполнением лобэктомии, краевой резекции лёгкого, идеальной эхинококкэктомии.

Лобэктомия нами была выполнена в 22 случаях, показаниями для которой явились главным образом обширные вторичные воспалительные процессы вокруг эхинококковой кисты – 11; легочные кровотечения – 3; сочетания эхинококкоза с другими заболеваниями легких – 2; рецидив заболевания – 6 (рис. 3).

Краевая резекция лёгкого, наиболее частая выполняемая нами операция, была произведена у 36 больных. При выборе данного способа операции мы прежде всего обращали внимание на размер кисты и ее локализацию. Во всех случаях диаметр кист не превышал 4,0 см, т.е. они были мелкого или среднего размера и имели краевое расположение в легком.

Идеальная эхинококкэктомия производилась также у пациентов с мелкими и средними размерами кист, но в тех случаях, когда они находились в глубине лёгкого и не были связаны с бронхами значительного размера, что позволяло вылущивать кисту без ее вскрытия и повреждения бронха. Техника операции заключалась в том, что над кистой рассекалась ткань лёгкого с последующим повышением давления в наркозном аппарате для раздувания лёгкого и выдавливания при этом кисты. Данную операцию нам удалось выполнить у 17 пациентов.

Из 4-х случаев сочетания эхинококкоза лёгких с печенью в одном случае операция была выполнена одномоментно – нижняя лобэктомия справа с закрытой эхинококкэктомией правой доли печени. Сочетанная операция произведена в связи с тем, что эхинококковая киста лёгкого была интимно спаяна с диафрагмой, поврежденной при разделении спаек. Образовавшийся дефект в диафрагме позволил оперирующему хирургу одномоментно выполнить эхинококкэктомию печени с последующей пластикой диафрагмы.

Из 6 случаев в 5-ти эхинококковая киста в лёгком сочеталась с эхинококком плевральной полости и в одном случае со средостением. Основным этапом операции был дополнен удалением кист из указанных областей.

Из послеоперационных осложнений в 2-х случаях отмечался длительный пневмоторакс, который впоследствии был купирован. При этом потребовался дренаж в плевральной полости. У одного пациента возник гемоторакс значительного объема, потребовавший проведения реторакотомии с остановкой кровотечения.



Рис. 3. Макропрепарат удаленной доли лёгкого вместе с эхинококком

Таблица 3
Виды и объем оперативных вмешательств при эхинококкозе лёгких

Операции		Количество абс. (%)
Лобэктомия	Верхняя	11 (14)
	Нижняя	17 (21)
Краевая резекция лёгкого		36 (44)
Идеальная эхинококкэктомия (вылушивание)		17 (21)
Всего...		81 (100)

Заключение

Анализ собственных данных показал, что мужчины болеют эхинококкозом лёгких в 1,6 раза чаще, чем женщины. Заболевание в основном выявлялось при флюорографическом и/или рентгенологическом исследовании

без каких-либо патогномичных симптомов, что отмечено в 62 (83%) случаях из 75, и только у 13 (17%) пациентов отмечались те или иные проявления заболевания. Локализация эхинококковых кист в лёгких была примерно равной с обеих сторон с преимущественным поражением нижних долей. Нами была отмечена тенденция к уменьшению размеров паразитарных кист у пациентов на протяжении 10-летнего периода наблюдения. Если впервые 2 года наблюдения всех кист до 70% были кисты крупного и среднего размеров, то в последние 2 года их количество не превышало 45%, что мы связываем с улучшением диагностики и, как следствие этого, с более ранним выявлением заболевания. Все проведенные оперативные вмешательства производились из широкого торакотомного доступа прежде всего для предотвращения возможного обсеменения плевральных полостей и средостений. Из числа оперативных пособий нами были применены лобэктомия, краевая резекция легкого и идеальная эхинококкэктомия. Анализ клинических случаев показал, что за весь период наблюдения отмечаются снижение роста лобэктомий и увеличение числа органосохраняющих краевых резекций лёгкого и идеальных эхинококкэктомий. Это объясняется тем, что эхинококковые кисты (как отмечено выше) были меньших размеров, а также были пересмотрены подходы к оперативному лечению для максимального сохранения легочной ткани. Всего было 6 (8%) случаев рецидива заболевания, выявленных в различные сроки (от 6 месяцев до 5 лет) после первичного хирургического вмешательства с последующим выполнением лобэктомии всем 6 пациентам.

Сведения об авторах статьи:

Пантелеев Владимир Сергеевич – д.м.н., заместитель главного врача по хирургической помощи ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова, профессор кафедры общей хирургии с курсами трансплантологии и лучевой диагностики ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450005, г. Уфа, ул. Достоевского, 132. E-mail: w.s.panteleev@mail.ru.

Якушев Александр Владимирович – зав. отделением торакальной хирургии ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова. Адрес: 450005, г. Уфа, ул. Достоевского, 132.

Каменев Константин Владимирович – врач-хирург отделения торакальной хирургии ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова. Адрес: 450005, г. Уфа, ул. Достоевского, 132.

Мушарапов Денис Разихович – к.м.н., доцент кафедры общей хирургии с курсами трансплантологии и лучевой диагностики ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

Соколов Владимир Петрович – к.м.н., доцент кафедры общей хирургии с курсами трансплантологии и лучевой диагностики ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

ЛИТЕРАТУРА

- Алмухамбетова, А.Р. Клинические аспекты эхинококкоза / А.Р. Алмухамбетова // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2017. – Т. 39. – С. 4001-4005. URL: <http://e-koncept.ru/2017/971127.htm> (дата обращения 24.10.2020).
- Диагностика и хирургическое лечение сочетанного эхинококкоза легких / А.З. Вафин [и др.] // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2013. – Т. 172, №5. – С. 21-25.
- Хирургическое лечение эхинококкоза легких / Ю.П. Шевченко [и др.] // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. – 2016. – Т. 11, №3. – С. 14-22.
- Хирургическое лечение осложненного эхинококкоза легкого с прорывом в бронх / Р.А. Хасанов [и др.] // Современные проблемы науки и образования (электронный научный журнал). – 2017. – №4. URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=26644> (дата обращения 24.10.2020).
- Эхинококкоз легких (описание клинического случая) / Р.Р. Ягфарова [и др.] // Вестник современной клинической медицины. – 2010. – Т. 3, Приложение №2. – С. 131-134.

6. Surgical treatment of liver echinococcosis and alveococcosis / V.S. Pantelev [et al.] // Le infezioni in medicina. – 2019. – Vol. 27, №4. – P. 422-428.

REFERENCES

1. Almukhamedova, A.R. Klinicheskie aspekty ekhinokokkoza (Clinical aspects of echinococcosis) / A.R. Almukhamedova // Nauchno-metodicheskii elektronnyi zhurnal «Kontsept». 2017;(39): 4001 – 4005. URL: <http://e-koncept.ru/2017/971127.htm> (date of access 24.10.2020). (In Russ).
2. Vafin A.Z., Dyadkov A.V., Aidemirov A.N. [et al.]. Diagnostics and surgery of combined lung echinococcosis. Grekov's bulletin of surgery. 2013;172(5): 21 – 25. (In Russ).
3. Shevchenko Yu.L., Nazirov F.G., Ablicov Ju.A. [et al.]. Surgical treatment of pulmonary hydatid cyst. Bulletin of Pirogov national medical & surgical center. 2016;11(3): 14 – 22. (In Russ).
4. Khasanov R.A., Matkasymov M.M., Toktakhunov U.T. [et al.]. Surgical treatment of the complicated echinococcosis of lungs with pierce to bronchus. Online Scientific Journal. Modern problems of science and education. Surgery. 2017;(4). URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=26644> (date of access 24.10.2020). (In Russ).
5. R.R. Yagfarova, O.N. Sigitova, S.R. Shangaraeva. [et al.]. Ekhnokokkoz legkikh (opisanie klinicheskogo sluchaya) (Echinococcosis of the lungs (description of a clinical case)). The bulletin of contemporary clinical medicine. 2010;3(attachment 2): 131 – 134. (In Russ).
6. V. Pantelev, M. Nartaylov, A. Mustafin [et al.]. Surgical treatment of liver echinococcosis and alveococcosis. Le infezioni in medicina. 2019;27(4): 422 – 428 (In Eng).

УДК 616.34-007.43-089.85.

© И.Н. Юсупов, П.Г. Корнилаев, 2020

И.Н. Юсупов^{1,2}, П.Г. Корнилаев^{1,2} СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО И ОТКРЫТОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ В КЛИНИКЕ БГМУ

¹ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

²Клиника ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

Цель данного исследования: провести сравнительный анализ результатов лечения паховых грыж в Клинике БГМУ методом трансабдоминальной преперитонеальной эксплантационной паховой герниопластики (TAPP – transabdominal preperitoneal) и открытым способом по Лихтенштейну, основываясь на сопоставлении таких показателей, как: продолжительность оперативного вмешательства, виды применяемой анестезии, время пребывания пациента в стационаре и наличие послеоперационных осложнений.

Материал и методы. Проанализировано 266 случаев лечения паховой грыжи в плановом порядке. Всего за 2018 г. эксплантационная герниопластика по Лихтенштейну была проведена 187 пациентам. За 2018-2019 гг. TAPP была проведена 79 пациентам.

Результаты. Выявлены преимущества и недостатки данных методик.

Выводы. По результатам исследования можно сделать вывод о необходимости развития и применения лапароскопического метода герниопластики паховых грыж.

Ключевые слова: паховая грыжа, лапароскопическая хирургия, эксплантационная герниопластика, сравнительный анализ.

I.N. Yusupov, P.G. Kornilaev COMPARATIVE ANALYSIS OF LAPAROSCOPIC AND OPEN SURGICAL TREATMENT OF INGUINAL HERNIA IN BSMU CLINIC

The purpose of this investigation was to make a comparative analysis of the results of treatment of inguinal hernias in the BSMU Clinic by TAPP - transabdominal preperitoneal plastic and the open method by Liechtenstein, based on a comparison of indicators such as: duration of surgical intervention, types of anesthesia used, time spent in hospital and postoperative complications.

Material and methods. 266 not urgent cases of inguinal hernia treatment were analyzed. A total of 187 patients were treated with an explant hernioplasty of Liechtenstein during 2018. In 2018-2019 TAPP was performed on 79 patients.

Results: The advantages and disadvantages of these methods were identified.

Conclusion: Based on the results of the study, it can be concluded that it is necessary to develop and apply the laparoscopic method of inguinal hernioplasty at the BSMU Clinic.

Key words: inguinal hernia, laparoscopic surgery, explant hernioplasty, comparative analysis.

Паховая грыжа является распространенной патологией среди хирургических заболеваний, единственным методом ее лечения является хирургическое вмешательство. Целью данного исследования является сравнение различных методов хирургического лечения паховой грыжи, применяемых в Клинике БГМУ.

Для исследования были отобраны пациенты, которые оперированы в плановом порядке в 2018-2019 гг. по поводу неосложненной паховой грыжи методом трансабдоминальной преперитонеальной эксплантационной паховой герниопластики (TAPP – transabdominal preperitoneal) и открытым способом по Лихтенштейну за 2018 г., с после-