УДК: 616.24-002.951.21-089.87

УСОВЕРШЕНСТВОВАННАЯ ТЕХНИКА ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ИЗ ЛЁГКИХ: НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ



Равшанов Маъруф Ҳошимович[1,3], Курбонов Низом Азизович[1,2,3], Давлатов Салим Сулаймонович[3], Рахманов Косим Эрданович[4]
1 - Кашкадарьинский областной многопрофильный медицинский центр, Республика Узбекистан, г. Карши;
2 - Управление здравоохранения Кашкадарьинской области, Республика Узбекистан, г. Карши;
3 - Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино, Республика Узбекистан, г. Бухара;
4 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ЎПКА ЭХИНОКОККЭКТОМИЯСИНИНГ ТАКОМИЛЛАШТИРИЛГАН УСУЛИ: ХИРУРГИК ДАВОЛАШНИНГ ЯҚИН НАТИЖАЛАРИ

Равшанов Маъруф Хошимович[1,3], Қурбонов Низом Азизович[1,2,3], Давлатов Салим Сулаймонович[3], Рахманов Қосим Эрданович[4]
1 - Қашқадарё вилояти кўп тармоқли тиббиёт маркази, Ўзбекистон Республикаси, Қарши ш.;
2 - Қашқадарё вилояти соғлиқни сақлаш бошқармаси, Ўзбекистон Республикаси, Қарши ш.;
3 - Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.;
4 - Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

IMPROVED TECHNIQUE OF PULMONARY ECHINOCOCCECTOMY: EARLY OUTCOMES OF SURGICAL TREATMENT

Ravshanov Maruf Khoshimovich[1,3], Kurbonov Nizom Azizovich[1,2,3], Davlatov Salim Sulaimonovich[3], Rakhmanov Kosim Erdanovich[4]
1 - Kashkadarya Regional Multidisciplinary Medical Center, Republic of Uzbekistan, Karshi;
2 - Health Department of the Kashkadarya Region, Republic of Uzbekistan, Karshi;
3 - Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino, Republic of Uzbekistan, Bukhara;
4 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. *Мақсад: ўпка эхинококкэктомияси техникасини такомиллаштириш ва унинг ўпка эхинококкози билан касалланган беморларни хирургик даволашнинг яқин натижаларига таъсирини баҳолаш. Материал ва усуллар: 164 нафар беморда бажарилган 186 та оператив аралашув қиёсий ўрганилди: таққослаш гуруҳида 84 та аралашув анъанавий усулда, асосий гуруҳда 102 та аралашув такомиллаштирилган усулда бажарилди. Техник янгиликлар: юпқа фиброз капсулада қолдиқ бўшлиққа иссиқ (60°C) глицерин билан ишлов бериш; радикал аралашувларга кўрсатмаларни кенгайтириш ва яра юзасини 10% ли альбендазол шимдирилган гемостатик губка билан тампонада қилиш; баллончали модификацияланган сўриш учлиги; E. hominis да қиз пуфакчаларни эвакуация қилиш учун қисқич-саватча; париетал плевра лоскути билан пластикали капитонаж ва кистобронхиал оқмаларни тикишдан воз кечиш. Натижалар: асосий гуруҳда 89 бемордан 114 та киста олиб ташланди, 26 та (22,8%) киста бўйича радикал аралашув бажарилди. Қолдиқ бўшлиқни бартараф этишнинг ярим ёпиқ усули улуши 23,9% дан 0,9% гача, дренаж билан чиқарилганлар 25,0% дан 3,9% гача камайди; стационар даволаниш муддати 13,1±4,3 дан 7,4±1,7 кунгача, иситма давомийлиги 7,2±1,2 дан 1,3±0,1 суткагача қисқарди. Интраоперацион асоратлар 7,1% дан 2,0% гача (p=0,143), эрта операциядан кейинги асоратлар 13,1% дан 2,0% гача (p=0,004) камайди; асосий гуруҳда анафилактик шок, қолдиқ бўшлиқ йиринглаши ва плеврит кузатилмади. Хулоса: ўпка эхинококкэктомиясининг такомиллаштирилган усули эрта операциядан кейинги асоратлар частотасини ишончли камайтиради ва стационарда даволаниш муддатини қисқартиради.*

Калит сўзлар: *ўпка эхинококкози, эхинококкэктомия, қолдиқ бўшлиқ, капитонаж, париетал плевра, кистобронхиал оқма, альбендазол, операциядан кейинги асоратлар.*

Abstract. *Aim: to improve the technique of pulmonary echinococcectomy and evaluate its impact on the early outcomes of surgical treatment of pulmonary echinococcosis. Materials and methods: 186 operations in 164 patients were compared: 84 operations performed with the conventional technique (comparison group) and 102 with the improved technique (main group). The innovations included treatment of the residual cavity with hot (60°C) glycerin in thin fibrous capsules; expanded indications for radical procedures with tamponade of the wound surface by a haemostatic sponge impregnated with 10% albendazole; a modified suction tip with an inflatable balloon; a basket clamp for evacuation of daughter cysts in E. hominis; capitonnage with a pedicled parietal pleural flap; and abandonment of suturing cystobronchial fistulas. Results: in the main group, 114 cysts were removed from 89 patients, and radical procedures were performed for 26 (22.8%) cysts. The proportion of the semi-closed residual cavity management decreased from 23.9% to 0.9%, and discharge with drains from 25.0% to 3.9%; hospital stay decreased from 13.1±4.3 to 7.4±1.7 days and fever duration from 7.2±1.2 to 1.3±0.1 days. Intraoperative complications decreased from 7.1% to 2.0% (p=0.143) and early postoperative complications from 13.1% to 2.0% (p=0.004); no anaphylactic shock, residual cavity suppuration or pleuritis occurred in the main group. Conclusion: the improved technique of pulmonary echinococcectomy significantly reduces early postoperative complications and shortens hospital stay.*

Keywords: *pulmonary echinococcosis, echinococcectomy, residual cavity, capitonnage, parietal pleura, cystobronchial fistula, albendazole, postoperative complications.*

Хирургическое лечение эхинококкоза лёгких, несмотря на многолетний опыт применения органосохраняющих вмешательств, по-прежнему сопряжено со значимым риском интра- и послеоперационных осложнений, связанных прежде всего с обработкой и ликвидацией остаточной полости после удаления паразитарной кисты. Способы ликвидации остаточной полости – капитонаж по Боброву–Спасокукоцкому, приём А.А. Вишневского, метод «улитки» по В. Вахидову, а также полузакрытые способы при ригидных полостях с бронхиальными свищами – остаются предметом дискуссии, в том числе в отношении необходимости ушивания цистобронхиальных свищей [1, 4, 14].

Значимым фактором риска остаётся интраоперационное подтекание эхинококковой жидкости с развитием анафилактического шока и обсеменением окружающих тканей зародышевыми элементами паразита. Полузакрытый способ ликвидации остаточной полости, традиционно применяемый при ригидных полостях с крупными бронхиальными свищами, сопряжён с длительным сохранением дренажа и повышенным риском вторичного инфицирования, что обосновывает поиск альтернативных технических решений [2, 10, 12]. Морфологическое обоснование выбора объёма вмешательства – идеальной эхинококкэктомии, тотальной перицистэктомии или атипичной резекции – при кальцинированных, уплотнённых или осложнённых кистах с ригидной фиброзной капсулой, не удерживающей шов, остаётся недостаточно систематизированным [7, 9, 13]. Совокупность нерешённых вопросов обработки остаточной полости, выбора объёма резекции и профилактики интраоперационного обсеменения определила необходимость комплексного технического совершенствования эхинококкэктомии.

Цель исследования: усовершенствовать технику эхинококкэктомии из лёгких и оценить её влияние на непосредственные результаты хирургического лечения больных эхинококкозом лёгких.

Материал и методы. Проведено сравнительное исследование 186 оперативных вмешательств, выполненных 164 больным эхинококкозом лёгких в Кашкадарьинском областном многопрофильном медицинском центре в 2013–2026 гг.: группу сравнения составили 84 вмешательства, основную группу – 102 вмешательства (89 больных).

Технические новшества основной группы включали: дифференцированную обработку остаточной полости – горячим (60 °C) глицерином при тонкой фиброзной капсуле либо идеальную эхинококкэктомию или тотальную перицистэктомию с тампонадой раневой поверхности гемостатической губкой, пропитанной 10% раствором альбендазола, при старых или погибших кистах с толстой стенкой; расширение показаний к радикальным вмешательствам при краевом расположении кисты и кальцинированных осложнённых кистах; модифицированный наконечник отсоса с надувным баллончиком для герметизации места прокола и уменьшения расстояния между кистой и раной при тракции; зажим-корзинку для атравматичной эвакуации дочерних пузырей при морфологической форме E. hominis; капитонаж остаточной полости с пластикой лоскутом париетальной плевры на ножке и отказ от ушивания цистобронхиальных свищей как естественного дренажа полости (рис. 1).

Оценивали частоту и структуру интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений, способ ликвидации остаточной полости, сроки дренирования, длительность лихорадки и стационарного лечения.

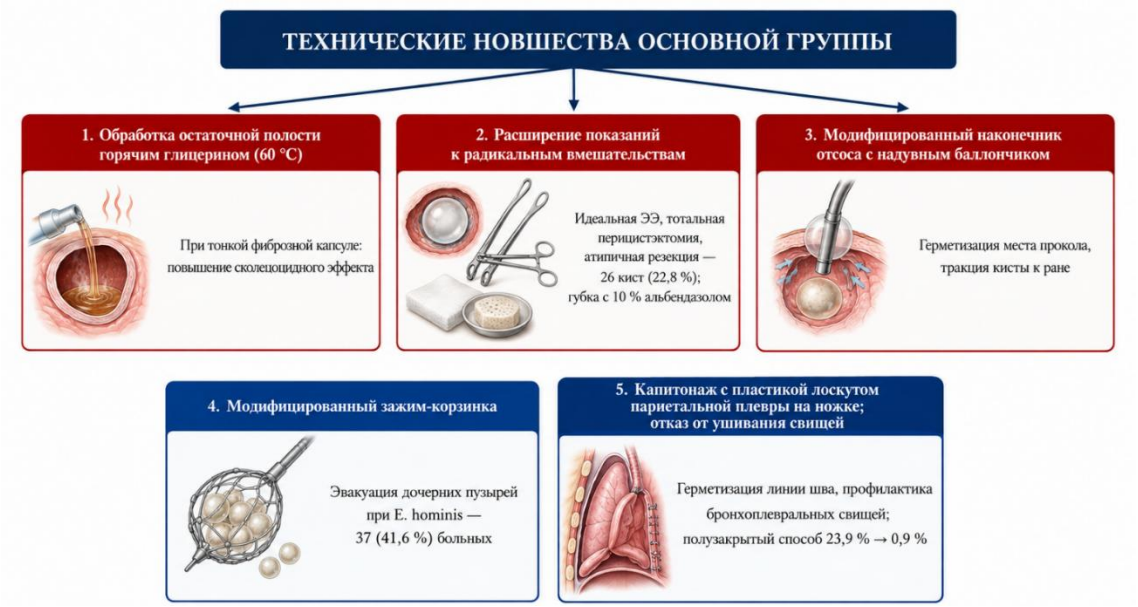


Рис. 1. Технические новшества, внедрённые в основной группе больных эхинококкозом лёгких

Для сравнения категориальных показателей применяли критерий χ^2 (точный критерий Фишера), для количественных – t-критерий Стьюдента; различия считали значимыми при $p<0,05$. Исследование выполнено в соответствии с принципами Хельсинкской декларации (пересмотр 2013 г.), протокол одобрен локальным комитетом по биоэтике Самаркандского государственного медицинского университета. Работа выполнена в рамках плана НИР Самаркандского государственного медицинского университета «Совершенствование методов диагностики и хирургического лечения эхинококкоза лёгких с применением современных миниинвазивных технологий» (2021–2025 гг.).

Результаты. Технические новшества и объём радикальных вмешательств. У 89 больных основной группы удалено 114 кист. Атипичная резекция лёгкого и идеальная эхинококкэктомия с вылущиванием кисты вместе с фиброзной капсулой выполнены при краевом расположении кисты в отношении 2 (1,8%) и 6 (5,3%) кист соответственно, тотальная перицистэктомия – при кальцинированных, уплотнённых осложнённых кистах в отношении 18 (15,8%) кист. Всего радикальные вмешательства выполнены в отношении 26 (22,8%) кист, во всех случаях с тампонадой раневой поверхности лёгкого гемостатической губкой, обработанной 10% раствором альбендазола.

Модифицированный наконечник отсоса с надувным баллончиком применяли при открытых методах эхинококкэктомии: баллончик герметизировал место прокола и уменьшал расстояние между кистой и операционной раной при тракции латерально и вверх, что облегчало манипуляции при миниторакотомии. При морфологической форме E. hominis (37 больных основной группы, 41,6%) удобной для эвакуации дочерних пузырей оказалась модифицированная нами зажим-корзинка.

Непосредственные результаты хирургического лечения. Технические новшества позволили сократить долю полузакрытого способа ликвидации остаточной полости с 23,9% (22 случая) в группе сравнения до 0,9% в основной группе. Общая длительность госпитализации сократилась с 13,1±4,3 до 7,4±1,7 койко-дня (в 1,8 раза), в том числе за счёт сокращения дооперационной подготовки (с 3,2±1,3 до 1,3±0,7 сут), пребывания в отделении реанимации (с 2,4±0,9 до 1,1±0,02 сут) и послеоперационного периода (с 7,3±2,05 до 4,2±1,07 сут) (табл. 1, рис. 2).

Таблица 1. Течение послеоперационного периода у больных эхинококкозом лёгких

Показатель	Группа сравнения (n=84)	Основная группа (n=102)	p
Длительность лихорадки, сут	7,2±1,2	1,3±0,1	<0,001
Сроки удаления дренажа из плевральной полости, сут	4,3±1,05	2,3±0,1	<0,001
Выписаны с дренажами, абс. (%)	21 (25,0)	4 (3,9)	<0,001
Общая длительность госпитализации, койко-день	13,1±4,3	7,4±1,7	<0,001

Примечание: количественные показатели – M±SD; p рассчитан по приведённым данным (t-критерий Уэлча, точный критерий Фишера).

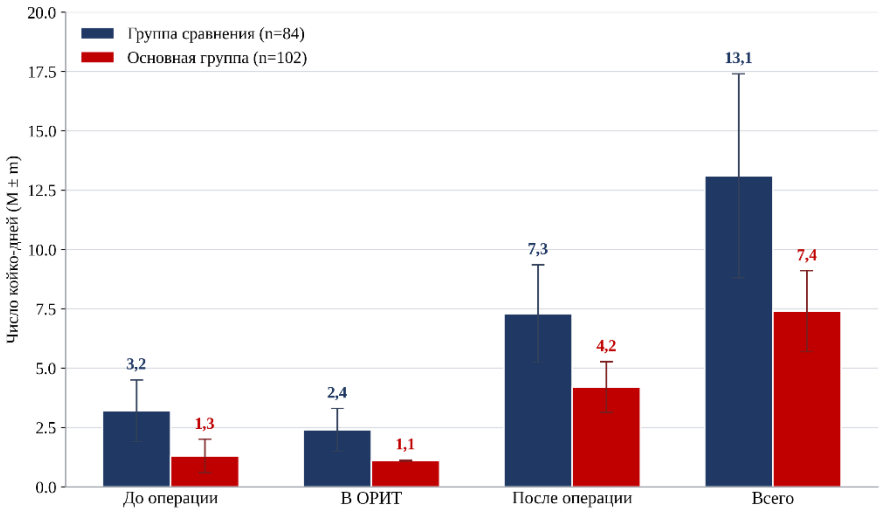


Рис. 2. Сроки стационарного лечения больных эхинококкозом лёгких в сравниваемых группах

Таблица 2. Интраоперационные и ранние послеоперационные осложнения хирургического лечения эхинококкоза лёгких, абс. (%)

Вид осложнения	Группа сравнения (n=84)	Основная группа (n=102)	p
Интраоперационные осложнения, всего	6 (7,1)	2 (2,0)	0,143
анафилактический шок	2 (2,4)	0	0,203
обсеменение окружающих тканей	2 (2,4)	1 (1,0)	–
Осложнения раннего послеоперационного периода, всего	11 (13,1)	2 (2,0)	0,004
нагноение остаточной полости	2 (2,4)	0	–
плеврит	2 (2,4)	0	–
кровохарканье	5 (6,0)	2 (2,0)	–

Примечание: всего интраоперационных осложнений – 8 (4,3%), осложнений раннего послеоперационного периода – 13 (7,0%) из 186 вмешательств; p – точный критерий Фишера (рассчитан по приведённым данным).

Частота интраоперационных осложнений снизилась с 7,1 до 2,0% (p=0,143), осложнений раннего послеоперационного периода – с 13,1 до 2,0% (p=0,004); число больных с осложнениями уменьшилось с 9 (10,7%) до 2 (2,0%) (p=0,024) (табл. 2). Наибольшее снижение достигнуто по показателям, непосредственно зависящим от применённых технических решений: отсутствие анафилактического шока в основной группе связано с применением модифицированного наконечника отсоса, предотвращающего подтекание эхинококковой жидкости, а отсутствие нагноения остаточной полости и послеоперационных плевритов – с отказом от ушивания цистобронхиальных свищей и капитонажем с плевральной пластикой.

Обсуждение. Существенное снижение частоты полузакрытого способа ликвидации остаточной полости и связанных с ним осложнений соответствует общей тенденции к минимизации инвазивности обработки остаточной полости, отражённой в современных обзорах, где предпочтение отдаётся методам, обеспечивающим полную герметизацию полости без длительного дренирования [5, 11]. Отказ от ушивания цистобронхиальных свищей как естественного дренажа полости концептуально согласуется с представлениями о необходимости адаптации техники капитонажа к индивидуальным анатомическим особенностям остаточной полости, а не к унифицированному шаблону [3, 8].

Расширение показаний к радикальным вмешательствам при кальцинированных и уплотнённых осложнённых кистах, составившее 22,8% всех удалённых кист в основной группе, обосновано невозможностью надёжного удержания шва ригидной, лишённой эластичности капсулой на поздних стадиях жизнедеятельности паразита и согласуется с современными представлениями о выборе объёма вмешательства в зависимости от характеристик кисты [6, 15]. Отсутствие анафилактического шока и нагноения остаточной полости в основной группе представляет клинически значимый результат, связанный с внедрёнными техническими решениями.

Ограничениями исследования являются нерандомизированный ретроспективно-

проспективный дизайн и совокупное внедрение технических новшеств, не позволяющее оценить вклад каждого элемента. Перспективным направлением является рандомизированное сравнение отдельных компонентов усовершенствованной техники и изучение отдалённой функциональной реабилитации лёгкого после различных вариантов капитонажа.

Выводы. Внедрённые технические новшества (дифференцированная обработка остаточной полости, расширение показаний к радикальным вмешательствам с антипаразитарной тампонадой, модифицированный инструментарий, капитонаж с плевральной пластикой) позволили сократить долю полузакрытого способа ликвидации остаточной полости с 23,9 до 0,9%.

Общая длительность стационарного лечения сократилась с 13,1±4,3 до 7,4±1,7 койко-дня, длительность лихорадки – с 7,2±1,2 до 1,3±0,1 суток.

Частота осложнений раннего послеоперационного периода снизилась с 13,1 до 2,0% (p=0,004), интраоперационных – с 7,1 до 2,0%; в основной группе не наблюдалось анафилактического шока, нагноения остаточной полости, плевритов и раневой инфекции.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов. **Финансирование.** Исследование выполнено без привлечения внешнего финансирования. **Использование искусственного интеллекта.** Искусственный интеллект при подготовке рукописи не использовался.

Литература:

1. 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: сборник статей I Международной научно-практической конференции. Киров — Самарканд, 2021. С. 209–212. EDN: DOETDC.
2. Раимкулова Д.Ф., Ризаев Ж.А. Критерии диагностики внебольничной пневмонии у детей с кариесом зубов // Стоматология (Stomatologiya). 2017. Т. 1, № 3 (68). С. 99–101. Ссылка на публикацию.
3. Ризаев Ж.А., Баймаков С.Р., Мамараджабов С.Э., Назарова М.З. Сероэпидемиологическое обследование населения города Самарканда на эхинококкоз как метод раннего выявления заболевания // Проблемы биологии и медицины. 2022. № 5 (139). С. 177–180. Ссылка на публикацию.
4. Ризаев Ж.А., Курбаниязов З.Б., Рахманов К.Э., Махрамкулов З.М. Выбор хирургической тактики в зависимости от дооперационной топической диагностики эхинококкоза печени // Проблемы биологии и медицины. 2021. № 5.1 (131). С. 117–119. Ссылка на публикацию.
5. Ризаев Ж.А., Курбаниязов З.Б., Рахманов К.Э., Махрамкулов З.М. Оптимизация диагностики различных морфологических форм эхинококкоза печени // Проблемы биологии и медицины. 2021. № 5.1 (131). С. 120–124. Ссылка на публикацию.
6. Ризаев Ж.А., Мамараджабов С.Э., Шарипов Ю.Ю., Рисбоев Р.С., Ёмгирова Д.Х. Значение санитарного просвещения в гигиеническом воспитании населения в очагах эхинококкоза // AIJR Abstracts. 2020. С. 45. Ссылка на публикацию.
7. Ризаев Ж.А., Мамараджабов С.Э. Сероэпидемиологическое обследование на эхинококкоз жителей Самаркандской области // Современные достижения и перспективы развития охраны здоровья населения: материалы II Международной научно-практической онлайн-конференции. Ташкент, 17 июля 2020 г. С. 59–60.
8. Ризаев Ж.А., Раимкулова Д.Ф. Особенности показателей защитной системы ротовой полости у детей с пародонтитом и ассоциированной пневмококковой пневмонией // Инфекция, иммунитет и фармакология. 2018. № 1. С. 46–49.
9. Abbas N., Zaher Addeen S., Abbas F., et al. Video-assisted thoracoscopic surgery (VATS) with mini-thoracotomy for the management of pulmonary hydatid cysts // Journal of Cardiothoracic Surgery. 2018. Vol. 13, № 1. Art. 35. DOI: 10.1186/s13019-018-0716-7.
10. Ahmadinejad M., Hashemi M., Azizallahi N. Evaluation of prognostic factors associated with postoperative complications following pulmonary hydatid cyst surgery // The Open Respiratory Medicine Journal. 2020. Vol. 14. P. 16–21. DOI: 10.2174/1874306402014010016.
11. Ahmed S.K., Essa R.A., Bapir D.H. Uniportal video-assisted thoracoscopic surgery (u-VATS) for management of pulmonary hydatid cyst: a systematic review // Annals of Medicine and Surgery. 2022. Vol. 75. Art. 103474. DOI: 10.1016/j.amsu.2022.103474.
12. Aydin Y., Ince I., Turkyilmaz A., Eroglu A. Lung hydatid cyst treatment with laparotomy: a new and different technique // The Annals of Thoracic Surgery. 2018. Vol. 106, № 4. P. e183–e184. DOI: 10.1016/j.athoracsur.2018.04.009.
13. Aydin Y., Ulas A.B., Ahmed A.G., Eroglu A. Pulmonary hydatid cyst in children and adults: diagnosis and management // The Eurasian Journal of Medicine. 2022. Vol. 54, Suppl. 1. P. S133–S140. DOI: 10.5152/eurasianjmed.2022.22289.
14. Aydin Y., Ulas A.B., Dostbil A. Current management of pulmonary hydatid cyst // The Eurasian Journal of Medicine. 2025. Vol. 57, № 1. DOI: 10.5152/eurasianjmed.2025.24761.
15. Aydin Y., Ulas A.B., Ince I., et al. Modified capitonnage technique for giant pulmonary hydatid cyst surgery // Interactive CardioVascular and Thoracic

Surgery. 2021. Vol. 33, № 5. P. 721–726. DOI: 10.1093/icvts/ivab152.
16. Aydin Y., Ulas A.B., Kasali K., et al. Treatment approach in bilateral pulmonary hydatid cysts: analysis of 107 consecutive cases // Indian Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. 2024. Vol. 40, № 6. P. 669–674. DOI: 10.1007/s12055-024-01750-5.
17. Bagheri R., Golhasani Keshtan F., Moallem Shahri M., et al. Evaluating the rate of post-surgical complications between three surgical methods in management of pulmonary hydatid disease // Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska. 2021. Vol. 18, № 1. P. 23–26. DOI: 10.5114/kitp.2021.105183.
18. Balta C., Karacaoglu I.C., Iliklerden D.M., Yekdes A.C. Comparison of videothoracoscopy and thoracotomy in surgical treatment of pulmonary hydatid cyst disease // Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan. 2020. Vol. 30, № 10. P. 1063–1068. DOI: 10.29271/jcpsp.2020.10.1063.
19. Fattayeva D.R., Rizaev J.A., Rakhimova D.A., Kholikov A.A. Clinical picture of sinusitis in patients after COVID-19 with chronic obstructive pulmonary disease // Uzbek Medical Journal. 2021. Vol. 2, № 2. P. 53–58. DOI: 10.26739/2181-0664-2021-2-7.
20. Fattayeva D.R., Rizaev J.A., Rakhimova D.A. Complex approach to treatment methods of chronic maxillary sinusitis after COVID-19 in patients with respiratory pathology // Uzbek Medical Journal. 2021. Vol. 2, № 2. P. 59–64. DOI: 10.26739/2181-0664-2021-2-8.
21. Kabiri E.H., El Hammoumi M., Bhairis M. Single-stage versus two-stage surgery of pulmonary and hepatic hydatid cysts // Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska. 2021. Vol. 18, № 3. P. 139–144. DOI: 10.5114/kitp.2021.109374.
22. Ksia A., Ben Fredj M., Zouaoui A., et al. Capitonnage seems better in childhood pulmonary hydatid cyst surgery // Journal of Pediatric Surgery. 2020. Vol. 55, № 4. P. 752–755. DOI: 10.1016/j.jpedsurg.2019.05.009.
23. Ngcobo K., Madansein R., Ndlovu M., Masekela R. Surgical management of pulmonary hydatid cysts in children in KwaZulu-Natal Province, South Africa // African Journal of Thoracic and Critical Care Medicine. 2020. Vol. 26, № 3. DOI: 10.7196/AJTCCM.2020.v26i3.108.
24. Rawat S., Kumar R., Raja J., Singh R.S., Thingnam S.K.S. Pulmonary hydatid cyst: review of literature // Journal of Family Medicine and Primary Care. 2019. Vol. 8, № 9. P. 2774–2778. DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc_624_19.
25. Uchikov P., Ali N., Sandeva M., et al. Surgical treatment of pulmonary hydatid disease: a nine-year single-center experience // Folia Medica. 2024. Vol. 66, № 5. P. 653–661. DOI: 10.3897/folmed.66.e134503.

УСОВЕРШЕНСТВОВАННАЯ ТЕХНИКА ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ИЗ ЛЁГКИХ: НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Равшанов М.Х., Курбонов Н.А., Давлатов С.С., Рахманов К.Э.

Резюме. *Цель: усовершенствовать технику эхинококкэктомии из лёгких и оценить её влияние на непосредственные результаты хирургического лечения больных эхинококкозом лёгких. Материал и методы: проведено сравнительное исследование 186 вмешательств у 164 больных: 84 вмешательства выполнены по традиционной технике (группа сравнения), 102 – по усовершенствованной (основная группа). Технические новшества включали обработку остаточной полости горячим (60 °C) глицерином при тонкой капсуле, расширение показаний к радикальным вмешательствам с тампонадой раневой поверхности гемостатической губкой с 10% раствором альбендазола, модифицированный наконечник отсоса с надувным баллончиком, зажим-корзинку для эвакуации дочерних пузырей при E. hominis, капитонаж с пластикой лоскутом париетальной плевры на ножке и отказ от ушивания цистобронхиальных свищей. Результаты: в основной группе у 89 больных удалено 114 кист, радикальные вмешательства выполнены в отношении 26 (22,8%) кист. Доля полузакрытого способа ликвидации остаточной полости снизилась с 23,9 до 0,9%, доля выписанных с дренажами – с 25,0 до 3,9%; длительность госпитализации сократилась с 13,1±4,3 до 7,4±1,7 койко-дня, лихорадки – с 7,2±1,2 до 1,3±0,1 суток. Частота интраоперационных осложнений снизилась с 7,1 до 2,0% (p=0,143), ранних послеоперационных – с 13,1 до 2,0% (p=0,004); в основной группе не наблюдалось анафилактического шока, нагноения остаточной полости и плевритов. Выводы: усовершенствованная техника эхинококкэктомии из лёгких достоверно снижает частоту ранних послеоперационных осложнений и сокращает сроки стационарного лечения.*

Ключевые слова: *эхинококкоз лёгких, эхинококкэктомия, остаточная полость, капитонаж, париетальная плевра, цистобронхиальный свищ, альбендазол, послеоперационные осложнения.*