

ОБОСНОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ МАЛЫХ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТАХ ЛЕГКИХ



Курбаниязов Зафар Бабажанович, Муртазаев Зафар Исрофилович
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ЎПКАНИНГ КИЧИК ЭХИНОКОКК КИСТАЛАРИДА ЖАРРОҲЛИК ТАКТИКАСИНИ АСОСЛАШ

Курбаниязов Зафар Бабажанович, Муртазаев Зафар Исрофилович
Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

RATIONALE FOR SURGICAL TACTICS IN THE TREATMENT OF SMALL ECHINOCOCCAL LUNG CYSTES

Kurbaniyazov Zafar Babazhanovich, Murtazaev Zafar Isrofilovich
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Клиникамизда ўпка эхинококкози билан даволанган 182 (126 асоратланмаган ва 56 беморда асоратланган формаси) беморлар маълумотлари анализ қилиб чиқилди. Шулардан 21 беморда 5 смгача бўлган кисталар аниқланди. Бу гуруҳдаги 8 беморга 28 кунлик 3 курсдан (10 – 14 кунлик танаффус билан) иборат альбендозол билан химиотерапия ўтказилди. 5 беморда навигацион кузатув (2 беморда рентгеноскопик ва 3 - МСКТ) орқали кисталар трансторакал пункция қилинди. 8 беморда эса кисталар видеоторакоскопик кузатув остида олинди. Бу беморларда жарроҳлик жараёни махаллий анестезия Вишневский бўйича бўйин вагосимпатик блокадаси орқали бажарилди. Торакопортлар жойи кушимча лонгокаин билан анестезия қилинди.

Калит сўзлар: Ўпка эхинококкози, албендазол билан кимётерапия, PAIR, видеоторакоскопик жарроҳлик, торакотомия, минимал инвазив жарроҳлик.

Abstract: We analyzed surgical treatment data for 182 patients with pulmonary echinococcosis (126 patients with uncomplicated and 56 with complicated pulmonary echinococcosis). In our observations, small and minor cysts up to 5 cm in diameter were detected in 21 patients. In this case, 8 patients underwent chemotherapy with albendazole 12 mg/kg in three courses of 28 days with a two-week break. Transthoracic cyst puncture under navigational guidance was performed in five patients (fluoroscopy in two and CT in three). Video-assisted thoracoscopy-guided cyst removal was performed in eight patients. In these patients, a cervical vagosympathetic block according to Vishnevsky was performed on the surgical side. Additionally, the thoracoport sites were anesthetized with longocaine. This allowed us to freely and painlessly manipulate the pleural cavity.

Key words: Pulmonary echinococcosis, albendazole chemotherapy, PAIR, Video-assisted thoracoscopic surgery, thoracotomy, minimally invasive surgery.

Актуальность. Лечение эхинококковой болезни далеки от своего окончательного решения и сохраняют свою актуальность до настоящего времени. Лёгочная локализация по частоте занимает второе место (10 - 25%) после печени. Двусторонний эхинококкоз легких составляет от 4% до 26,7% всех случаев эхинококкоза легких [1, 2]. Особая значимость этой проблемы обусловлена тем что, более чем в трети случаев заболевание приобретает осложненное течение. Причиной возникновения грозных осложнений является отсутствие специфических признаков, поздняя об-

ращаемость пациентов. Рентгенологически эхинококковые кисты проявляются шаровидной тенью. Размеры этих шаровидных образований весьма вариабельны. Особенно возросла выявляемость малых шаровидных образований при профилактических рентгенологических обследованиях. Дифференцировка подобных небольших образований представляется особа важным, так как здесь возможны серьезные диагностические трудности и вероятны не менее серьезные диагностические ошибки, ведь под этой тенью могут скрываться различные патологии, которые тре-

буют отдельной диагностической и лечебной тактики [7]. По рекомендации ВОЗ, при малых кистах рекомендуется консервативная тактика – лечение альбендазолом]. В целом, этот подход рекомендует: Активные мелкие кисты (<5 см, СЕ1 или начало СЕ3) лучше всего лечить только альбендазолом; Средние кисты (~5-10 см) можно лечить альбендазолом ± PAIR; Однако медикаментозная терапия требует длительных курсов (3-6 месяцев и более) и тщательного мониторинга гепатотоксичности [5, 10]. В зависимости от размера и локализации эхинококковых кист следует выбирать подходящую хирургическую технику, направленную на минимальную потерю паренхимы легких [3, 6, 8, 9]. Исходя из выше изложенного, при малых эхинококковых кистах легких перед хирургом встает вопрос в отношении тактики: химиотерапия альбендазолом, PAIR или же хирургическое вмешательство.

Цель исследования. Целью данного исследования является оценка эффективности и безопасности малоинвазивного хирургического подхода к малым формам легочного эхинококкоза.

Материал и методы. Нами проанализировали данные хирургического лечения 182 больных эхинококкозом легких (126 больных с неосложненным и 56 – с осложненным эхинококкозом легких), проведенных в нашей клинике в период с 2005 по 2024 года. Возраст больных варьировал от 5 до 83 лет. Мужчин – 77 (42,30%), женщин – 105 (57,70%).

В легких насчитано 223 кист. При этом 81 (36,32%) кист локализовались в верхних долях, 24 (10,76%) – в средней доле и 118 (52,92%) – находились в нижних долях легких. В правом легком выявлено 132 (59,19%) и в левом - 91 (40,81%) кист. Размеры кист в легких варьировали от 3 до 15 см в диаметре. В легких осложненное течение эхинококкоза наблюдалось у 56 (30,76%) больных. Из них у 34 (60,72%) - прорыв кисты в бронх, у 15 (26,79%) - нагноение кисты и у 7 (12,50%) – прорыв кисты в плевральную полость.

В наших наблюдениях у 21 больного выявлены мелкие и малые кисты до 5 см в диаметре. В данном случае 8 больным проведена химиотерапия альбендазолом 12 мг/кг в 3 курса по 28 дней с двух недельным перерывом. 5 больным применена трансторакальная пункция кисты под навигационным (двум - под рентгеноскопическим и трем – МСКТ) контролем. А 8 больным удаление кисты произведена под контролем видеоторакоскопии. У этих больных на оперируемой стороне проводили шейную вагосимпатическую блокаду по Вишневскому с 30 – 40 мл лонгокаином. После

чего места торакопорт обезболивали 10.0 мл 0,5 % новокаином или лонгокаином (рис. 1). Это позволяло нам свободно и безболезненно манипулировать в плевральной полости.

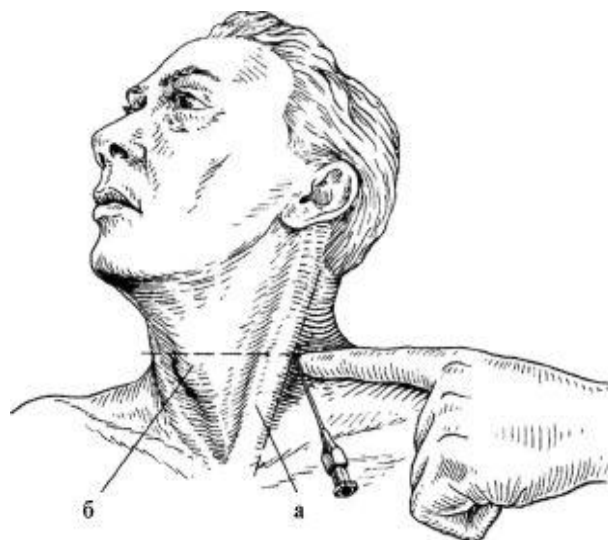


Рис. 1. Шейная вагосимпатическая блокада по Вишневскому

Результаты и обсуждение. Медикаментозная химиотерапия считается подходящей для небольших кист (<5 см), пациентам с противопоказаниями к операции (полиорганные заболевания) или отказ от операции, с множественными или рецидивирующими кистами, а также пациенты с интраоперационным разливом эхинококковой жидкости. Альбендазол имеет лучшую биодоступность и более эффективен и в настоящее время является препаратом выбора. Обычная рекомендуемая дозировка составляет 10-15 мг / кг / день. Хотя оптимальная продолжительность фармакотерапии при легочном эхинококкозе не известна, она обычно назначается в течении не менее 3 месяцев. Конвенция в прошлом заключалась в том, чтобы назначать альбендазол в месячных курсах 14-дневными перерывами, чтобы избежать гепатотоксичности. Последние разработки авторов показывают, что непрерывная терапия более эффективна, чем циклическая терапия без увеличения побочных эффектов [5, 10]. Наши результаты подтверждают данные этих авторов.

Кисты легких во всех случаях обнаружены во время профилактических рентгенологических исследований. В 6 случаях кисты локализовались в правом и у 2 больных в левом легком. Что касается размеров кист, то мелкие кисты до 3 см отмечены у 5 больных и лишь в 3 случаях размер кисты доходил до 5 см.

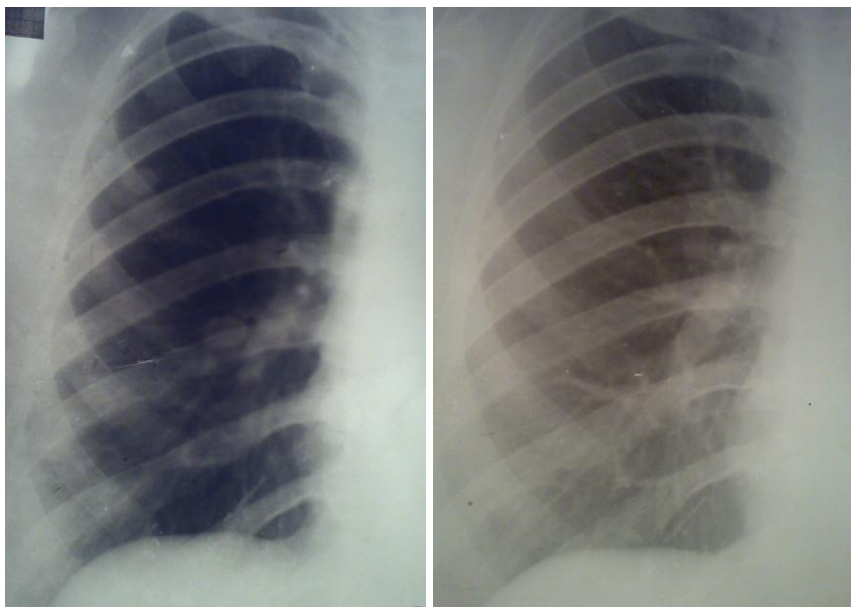


Рис. 2. Рентгенограммы больного до и после химиотерапии

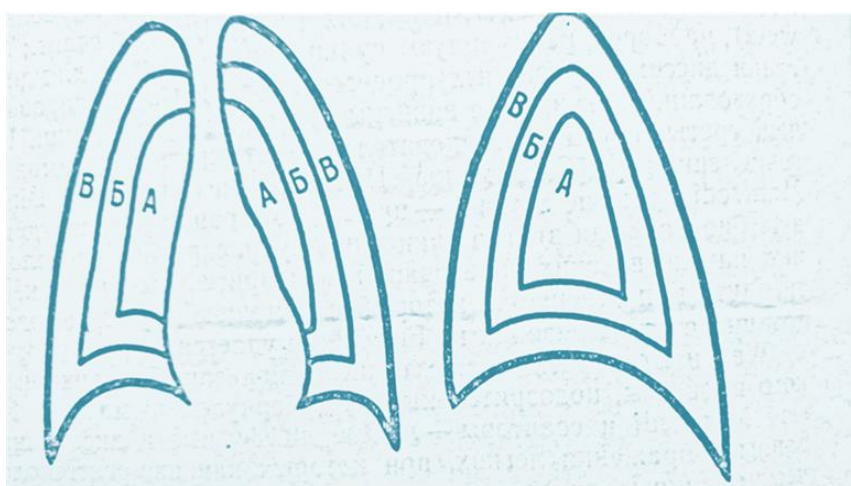


Рис. 3. Деление легких на зоны

Осложненных кист не было. Всем 8 больным с малыми кистами с лечебной целью проведена химиотерапия альбендазолом 12 мг/кг в 3 курса по 28 дней с двух недельным перерывом..

По одному курсу проведена 2 больным с мелкими кистами. На 20 сутки после начала приема препарата у одного больного и на 32 сутки у второго больного произошел прорыв кисты в бронх. Но и этим больным после десятидневного перерыва назначили повторный курс терапии. У 3 больных прорыв кист произошел в конце второго курса терапии. И эти больные получили третий курс терапии. Но у 3(37,5%) больных, даже после трех курсов терапии, рентгенологически кисты оставались без изменений (рис. 2).

5 больным применена трансторакальная пункция кисты под навигационным (двум - под рентгеноскопическим и трем – МСКТ) контролем. А 8 больным удаление кисты произведена под контролем видеоторакоскопии.

Несмотря на довольно значительное число опубликованных работ, вопрос о пункционном

методе лечения эхинококкоза легких во многом остается дискуссионным [4, 7]. Для более четкого определения показаний и дифференцированного подхода к трансторакальной игловой пункции эхинококковых кист и профилактики не обоснованных осложнений, легкое условно делим на три одинаковые зоны: прикорневую – А, центральную – Б, субплевральную – В. При расположении кист в зонах Б и В предпочтение безоговорочно отдается трансторакальной игловой пункции кисты (рис. 3).

В наших наблюдениях, из 5 больных у 3 после трансторакальной игловой пункции развился ограниченный пневмоторакс. В одном случае процесс разрешился самостоятельно на 4 сутки. В двух случаях на 5 сутки пневмоторакс ликвидирован пункционным методом.

Трансторакальная игловая аспирационная пункция трудно выполнима при патологических фокусах до 2 см, расположенных в толще легкого или вблизи корня. Кроме того, после трансторакальной аспирационной пункции кисты хитино-

вая оболочка остается в кисте. В подобных случаях мы считаем целесообразным выполнение манипуляции под видеонавигацией. Ведь, условное расположение кист центральной локализации по рентгенологической картине может не соответствовать торакоскопической. При видеоторакокопии центрально расположенная (рентгенологически) киста может локализоваться субплеврально - меж долевыми щелями.

Основываясь выше сказанным, у 8 больных трансторакальная аспирационная пункция выполнена под видеонавигацией. Все инвазивные манипуляции в плевральной полости требуют хорошего обезболивания. С целью получения адекватного обезболивания мы стали применять шейную вагосимпатическую блокаду по Вишневному в соответствующей стороне.

Места проколов обезболивали лонгокаином. При видеоторакокопии использовали эндоскоп диаметром до 4 мм. После установления локализации кисты создавали дополнительный торакопорт, производили пункцию кисты, откачивали и вводили в полость кисты нагретый до 80 градусов глицерин. После 5 минутной экспозиции откачивали раствор, извлекали хитиновую оболочку. Во всех 8 случаях при видеоцистоскопии мы не наблюдали наличие бронхиальных свищей. Поэтому нужды в капитонаже остаточной фиброзной полости не требовалось. Край остаточной полости коагулировали. Дренировали плевральную полость. Осложнений не наблюдали.

Выводы. При малых эхинококковых кистах легких наиболее целесообразным методом лечения является трансторакальная игловая аспирационная пункция кисты под контролем видеоторакокопии, однако невозможность удаления хитиновой оболочки уменьшает достоинство этого метода.

При мелких и малых кистах наиболее целесообразным и адекватным способом считаем видеоторакоскопическую эхинококкэктомию под шейной вагосимпатической блокадой по Вишневному.

Литература:

1. Ризаев Ж. А. и др. Значение санитарного просвещения в гигиеническом воспитании населения в очагах эхинококкоза // *AJR Abstracts*. – 2020. – С. 45.
2. 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*. – 2021. – С. 209-212.
3. Ризаев Ж. А., Мамараджабов С. Э. Сероэпидемиологическое обследование на эхинококкоз жителей Самаркандской области // *Материалы II*

Международной научно-практической онлайн конференции «современные достижения и перспективы развития охраны здоровья населения». – 2020. – Т. 17. – С. 59-60.

4. Ризаев Ж. А. и др. Выбор хирургической тактики в зависимости от дооперационной топиической диагностики эхинококкоза печени // *Биология ва тиббиёт муаммолари*. – 2021. – Т. 5. – №. 131. – С. 117-119.
5. Ризаев Ж. А. и др. Оптимизация диагностики различных морфологических форм эхинококкоза печени // *Биология ва тиббиёт муаммолари*. – 2021. – Т. 5. – №. 131. – С. 120-124.
6. Kuzucu A, Ulutas H, Reha Celik M, Yekeler E. Hydatid cysts of the lung: lesion size in relation to clinical presentation and therapeutic approach. *Surg Today*. 2014;44:131–136.
7. Liang W., Zhou X., Xu S. Transthoracic needle biopsy for pleural and peripheral lung lesions: ultrasonography vs CT scan guidance // *Chest*. 2014. Vol. 146, No 5. P. 171.
8. Nabi MS, Waseem T. Pulmonary hydatid disease: What is the optimal surgical strategy? *Int J Surg*. 2010;8:612–6.
9. Ocakcioglu I. Single-port thoracoscopic surgery for a huge hydatid cyst. *Gen Thorac Cardiovasc Surg*. 2017;65:235–238.
10. Usluer O, Kaya SO, Samancilar O, et al. The effect of preoperative albendazole treatment on the cuticular membranes of pulmonary hydatid cysts: should it be administered preoperatively? *Kardiochir Torakochirurgia Pol* 2014;11:26-9. 10.5114/kitp.2014.41926

ОБОСНОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ МАЛЫХ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТАХ ЛЕГКИХ

Курбаниязов З.Б., Муртазаев З.И.

Резюме. Нами проанализированы данные хирургического лечения 182 больных эхинококкозом легких (126 больных с неосложненным и 56 – с осложненным эхинококкозом легких). В наших наблюдениях у 21 больного выявлены мелкие и малые кисты до 5 см в диаметре. В данном случае 8 больным проведена химиотерапия альбендазолом 12 мг/кг в 3 курса по 28 дней с двух недельным перерывом. 5 больным применена трансторакальная пункция кисты под навигационным (двум - под рентгеноскопическим и трем – МСКТ) контролем. А 8 больным удаление кисты произведена под контролем видеоторакокопии. У этих больных на оперируемой стороне проводили шейную вагосимпатическую блокаду по Вишневному. Дополнительно места торакопорт обезболивали лонгокаином. Это позволяло нам свободно и безболезненно манипулировать в плевральной полости.

Ключевые слова: Эхинококкоз легких, химиотерапия альбендазолом, PAIR, видеоторакоскопическая операция, торакотомия, минимально инвазивная хирургия.