

18268

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР
СТАВРОПОЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ

На правах рукописи

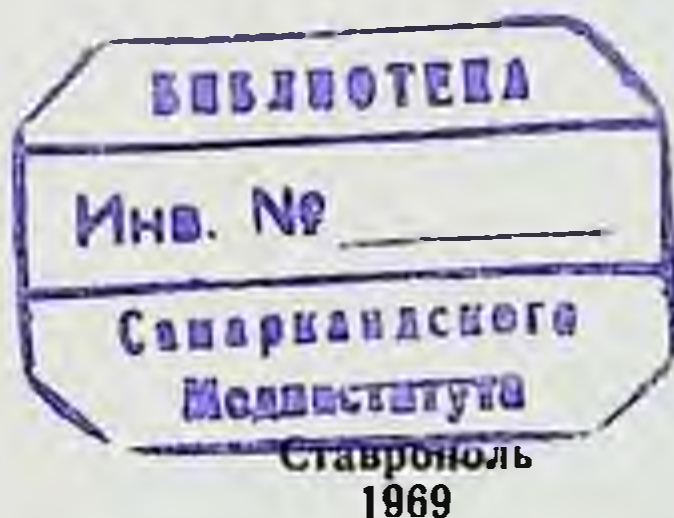
И. Т. ШМАТЬКО

**ДИАГНОСТИКА
И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ**

(777 — хирургия)

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени кандидата
медицинских наук



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР
СТАВРОПОЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ

На правах рукописи

И. Т. ШМАТЬКО

ДИАГНОСТИКА
И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ

(777 — хирургия)

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени кандидата
медицинских наук

Ставрополь
1969

Диссертация выполнена на кафедре госпитальной хирургии (зав. — профессор Ю. С. Гилевич) Ставропольского государственного медицинского института (ректор — доктор медицинских наук, профессор В. Ю. Первушин).

Научный руководитель — доктор медицинских наук, профессор Ю. С. Гилевич.

Работа представлена в одном томе на 331 странице машинописи и состоит из введения, шести глав, заключения, выводов, указателя литературы (239 отечественных источников и 74 иностранных) и приложения. В тексте диссертации приведены 22 таблицы и 57 рисунков.

О ф и ц и а л ь н ы е о п п о н е н т ы:

Доктор медицинских наук, профессор И. К. Караев.

Доктор медицинских наук, профессор П. М. Шорлуян.

Ведущее предприятие (высшее учебное заведение или научно-исследовательское учреждение) — Кубанский медицинский институт им. Красной Армии.

Защита диссертации состоится « » 1969 г. на заседании Ученого совета Ставропольского государственного медицинского института (Ставрополь, ул. Мира, 310).

Дата рассылки автореферата « 3 марта 1969 г.

Ученый секретарь совета доцент О. П. КРЫЛОВА.

Из многих паразитарных заболеваний эхинококкоз поражает организм человека наиболее тяжело. Кроме того, эхинококкоз еще нередко встречается среди сельскохозяйственных животных, что приносит немалый экономический ущерб народному хозяйству.

Географическое распределение эхинококкоза определяется социальными и природными факторами. Соответствующие природные условия позволяют человеку в определенной местности развивать интенсивное животноводство. Этим самым создаются предпосылки возникновения интенсивных очагов эхинококкоза.

Эхинококкоз имеет повсеместное распространение, однако в некоторых районах встречается особенно часто, что позволяет говорить об очаговости этого заболевания. К таким районам можно отнести Крым (В. Г. Потапов, 1941), республики Средней Азии (Н. К. Студенцова, 1948; Ю. А. Волох, 1957) и Закавказья (И. Д. Даниляк, 1935; Н. Ю. Ахундов, 1966), Северный Кавказ (Р. П. Аскерханов, 1961; С. У. Аединов, 1961), в том числе и Ставропольский край, где показатель экстенсивности заболевания эхинококкозом составляет 1 : 2202. По частоте заражения населения эхинококкозом Ставропольский край занимает третье место после Крыма (1 : 1246 по В. Г. Потапову, 1941) и Киргизии (1 : 1569 по Ю. А. Волоху, 1957).

Сложность проведения профилактических мероприятий, затруднения в ранней диагностике, применение исключительно хирургических способов лечения определяют своеобразие эхинококкоза, отличающее его от других паразитарных заболеваний.

Среди всех локализаций эхинококкоза у человека поражение легких занимает второе место после печени, встречаясь по данным различных авторов от 5 до 40% (С. Н. Анфилогов,

1946; И. Я. Дейнека, 1955; Р. П. Аскерханов, 1959; Ю. В. Астрожников, 1960; И. К. Ахунбаев, 1964; Г. И. Гиреев, 1965).

В настоящее время общепризнанно, что эхинококкоз легких необходимо лечить только хирургическим путем. Среди вмешательств применяются удаление паразита вместе с фиброзной капсулой, идеальная эхинококкэктомия по А. Н. Бакулеву, эхинококкэктомия с капитонажем полости фиброзной капсулы, эхинококкэктомия по А. А. Вишневному и разные по объему резекции легких, а также открытые методы.

В связи с проведением в современной хирургии щадящего направления, имеющего цель максимального сохранения функционирующей части органов, предпочтение должно быть отдано наименее травматичным операциям. Поэтому заслуживают внимания методы эхинококкэктомии с капитонажем полости фиброзной капсулы. Вместе с тем, имеющийся опыт пока еще невелик в количественном отношении и для выработки дифференцированного подхода в решении этого вопроса необходимы дальнейшие исследования.

Нет единого мнения и в отношении техники выполнения отдельных моментов операции. В частности, вопрос о закрытии бронхиальных свищей, открывающихся в полость фиброзной капсулы, отдельными авторами решается по-разному. Одни считают, что ушивание бронхиальных свищей опасно в связи с возможным ранением сосудов легкого, а другие полагают, что неушитый бронх будет выполнять функцию естественного дренажа для удаления содержимого полости фиброзной капсулы. Вопрос о способе ликвидации полости фиброзной капсулы также вызывает дискуссию, однако большинство авторов придерживается необходимости выполнения капитонажа, хотя предлагаются разные методики. Следовательно, в этих вопросах принципиальное решение будет зависеть от накопления опыта.

До сих пор еще не решен вопрос о способах операции при множественных, двусторонних и сочетанных локализациях эхинококкоза легких.

Кроме того, при нагноении эхинококковых кист большинство авторов рекомендует выполнение резекций, с чем вряд ли можно согласиться.

Перфорация кисты в бронх в ряде случаев приводит к самоизлечению, однако чаще всего хитиновая оболочка не может отторгнуться через узкое отверстие бронха и операция оказывается действительно необходимой. Сроки вмешательства и методика операций остаются дискуссионными.

Таким образом, проблема эхинококкоза легких остается актуальной в настоящее время, а многие важные вопросы хирургического лечения требуют дальнейшего углубленного изучения.

Для разрешения поставленных задач были изучены данные 310 больных эхинококкозом легких, находившихся на лечении в Ставропольской краевой клинической больнице и Пятигорской городской больнице за 31 год (1937—1967).

Эхинококкоз легких распространен главным образом среди сельского населения, которое поражается в 5 раз чаще городского. Удалось установить, что эхинококкоз легких характерен для районов со степным, засушливым климатом и сильными ветрами (Апанасенковский, Благодарненский, Петровский и Нефтекумский районы). Этот факт в значительной степени свидетельствует о возможности аэрогенного способа заражения.

Преимущественного поражения какого-либо пола не отмечено (на 310 наблюдений мужчин было 165, а женщин — 145). Что касается возрастных категорий, то в основном (45,5%) эхинококкозом легкого заболевают люди в среднем возрасте — от 20 до 40 лет; заболевание у детей отмечено в 15,8%.

Надо полагать, что частоту поражения эхинококкозом в основном обуславливают эпидемиологическая обстановка и характер трудовой деятельности. Так, в 40,6% из 310 наблюдений эхинококкоз легких выявлен у колхозников и в 84,5% — у жителей села.

Локализация кист в легких у 310 больных была следующей. Правое легкое было поражено у 180 (58,1%) больных, левое — у 105 (33,8%), двусторонние поражения отмечены у 25 (8,1%) больных. Нижняя доля правого легкого была поражена у 111 (35,8%), верхняя — у 30 (9,7%), средняя — у 23 (7,4%) и в 2 долях — у 16 (5,2%) больных. Нижняя доля левого легкого была инвазирована у 73 (23,5%), верхняя — у 31 (10,0%) и 2 доли — у 1 (0,3%) больного.

Таким образом, эхинококкоз поражает в основном нижние доли легких, причем правая нижняя доля поражается несколько чаще.

Единичные поражения встретились в 83,5%, множественные односторонние — в 8,4% и множественные двусторонние — в 8,1%. При множественном эхинококкозе размер кист обычно бывает неодинаковым, причем разница в размерах для отдельных кист иногда бывает очень значительной, однако это не следует связывать с повторными инвазиями, а не-

обходимо рассматривать как результат неодинаковых условий для развития паразита.

При сочетанных поражениях (14,5%) в основном поражается печень, затем селезенка и другие органы.

По сравнению с другими локализациями эхинококковые кисты легких бедны дочерними пузырями (4,3%), тогда как при печеночной локализации дочерние пузыри встречаются в 50%. Можно предполагать, что в легких условия для развития паразита более благоприятны, так как появление дочерних пузырей свидетельствует о смерти паразита.

Из 310 больных неосложненные кисты отмечены у 217 (70,0%) и осложненные — у 93 (30,0%). В порядке частоты осложнения на первом месте стоит прорыв кисты в бронх (73,1%), а затем нагноение кисты (19,3%), прорыв в плевральную полость (4,3%) и омелотворение (3,3%).

Момент инвазии паразита не проявляется никакими признаками, и первое время рост паразитарной кисты может протекать без расстройства здоровья носителя. Из 310 больных 32 (10,3%) не предъявляли никаких жалоб и заболевание у них выявлено при профилактическом осмотре во время рентгеноскопии.

Наиболее целесообразным следует считать разделение клинического течения на три периода: бессимптомный период, период развития симптомов и период осложнений.

В первом периоде диагноз был установлен у 10,3% больных, во 2 периоде — у 60,6% и в 3 периоде — у 29,1% больных из 310. Следует отметить, что диагноз эхинококкоза легких был установлен при рентгенологическом исследовании, произведенном по другим поводам у 19,0%. Это свидетельствует о трудностях диагностики, поэтому целесообразно дать оценку клиническим признакам и дополнительным методам обследования. Среди 310 больных частота клинических симптомов была следующая. Боли в груди отмечены в 90,9%, кашель — в 86,9%, кровохарканье — в 21,1%, общая слабость — в 43,7%, одышка — в 13,5%, повышение температуры — в 12,1%, крапивница — в 1,8%. Симптомов, характерных для эхинококкоза легких в первом и во втором периодах, не отмечено, такие признаки возникают только с развитием осложнений и проявляются выделением обильного количества эхинококковой жидкости через рот (15,8%), выкашливанием пленок и дочерних пузырей (10,8%).

При объективном исследовании органов грудной полости у

198 (64,9%) больных определялось ослабленное дыхание, а укорочение перкуторного звука — у 165 (53,6%).

Для диагностики эхинококкоза имеет значение также исследование крови. Изучение лейкоцитарной формулы по Шиллингу было произведено у 251 больного. Увеличение числа эозинофилов от 5 до 20% отмечено у 99 пациентов (39,4%), ускорение РОЭ отмечено в 63,7% наблюдений.

В клинической практике большое значение придается реакции Кацони, однако для легочной локализации паразита оценка эффективности этой реакции почти не проводилась.

Нами разработаны результаты реакции Кацони у 151 больного. Положительные результаты отмечены у 119 (78,8%), сомнительные — у 15 (10%) и отрицательные — у 17 (11,2%). Можно отметить, что при живом паразите реакция Кацони бывает положительной чаще, чем при мертвом. Положительные реакции при живом паразите были у 103 из 119 (86,5%) больных, а при мертвом — у 16 из 32 (50%). Осложнений, связанных с проведением реакции Кацони, не наблюдалось. Таким образом, реакцию Кацони надо считать очень ценным диагностическим признаком при эхинококкозе легких.

Большое значение в диагностике эхинококкоза легких имеет рентгенологическое исследование, которое должно быть комплексным. В необходимых случаях для дифференциальной диагностики следует применять томографию, бронхографию, пневмомедиастинографию, а также исследование в условиях искусственного пневмоторакса и пневмоперитонеума. Обычно эхинококковая киста представляется на рентгенограммах в виде округлой однородной тени с четкими ровными контурами, которые сохраняются при изменении положения больного.

Проникновение воздуха между фиброзной и хитиновой оболочкой определяется как серповидная прослойка и называется симптомом отслоения фиброзной капсулы.

Рентгенологические ошибки в диагнозе допущены у 3 больных (0,9%), причем у 1 больного эхинококковая киста была принята за туберкулому, а у 2 — релаксация правого купола диафрагмы принята за эхинококковую кисту легкого.

Необходимость в проведении дополнительных методов рентгенологического исследования возникла в 1,5% случаев, в основном для дифференцирования поражения нижней доли правого легкого и выпуклой поверхности печени.

Единственным радикальным методом лечения эхинококкоза легких является хирургическая операция, которая должна

производиться сразу же после установления диагноза. Выжидательная тактика не может быть рекомендована, т. к. рассчитывать на самоизлечение нет оснований и целесообразнее удалять кисты меньших размеров, что технически проще и нарушения структуры и функции легких выражены в меньшей степени.

Кроме того, ношение эхинококковой кисты не является безразличным для организма человека. Так, в 43,7% носителей паразита имели признаки интоксикации в виде головных болей, общей слабости, а в 1,8% отмечалась выраженная аллергическая реакция.

Только при небольших, не вызывающих расстройств омелотворенных эхинококковых кистах может быть рекомендовано динамическое наблюдение за больным. Клинические наблюдения и данные литературы показывают, что при омелотворенных кистах дополнительных осложнений обычно не возникает.

Противопоказанием к оперативному лечению надо считать невозможность выполнения операции из-за тотального поражения обоих легких или из-за общего тяжелого состояния, преклонного возраста и наличия сопутствующих заболеваний.

Из 310 больных хирургическому лечению подвергнуты 251 (80,9%). Общая характеристика произведенных операций приведена в таблице 1.

Как показывают материалы таблицы 1, у больных эхинококкозом легких были выполнены почти все описанные в литературе способы операций. Основным видом хирургического вмешательства была одномоментная закрытая эхинококкэктомия с полной ревизией соответствующей плевральной полости (61,1%).

Эхинококкотомия и двухмоментная эхинококкэктомия производилась в основном до 1956 года, когда не была освоена техника широкой торакотомии, а также у больных, которым осуществление широкой торакотомии было противопоказано по общему состоянию.

Эхинококкэктомия по А. Н. Бакулеву (10,9%) выполнялась только при небольших по размеру эхинококковых пузырях, а операции по методу А. А. Вишневого (5,3%), наоборот, при очень больших кистах, когда ушивание ложа кисты могло привести к нарушению вентиляции легкого.

Удаление паразита с фиброзной капсулой (3,2%) и клиновидные резекции легкого (6,7%) производились при поверхностно расположенных небольших кистах, когда операция

Таблица 1

Количество и характер оперативных вмешательств у 251 больного эхинококкозом легких

Характер операций	Количество больных	Неосложненный эхинококкоз		Осложненный эхинококкоз				Количество операций	% ко всем операциям
		первичные операции	повторные операции	первичные операции			повторные операции		
				нагноение	прорыв в бронх	прорыв в плевру			
Эхинококкотомия									
а) одномоментная	36	3	1	9	20	4	9	46	16,3
б) двухмоментная	6	4	—	—	2	—	—	6	2,1
Эхинококкэктомия									
а) двухмоментная закрытая	8	8	1	—	—	—	—	9	3,2
б) одномоментная закрытая по А. А. Боброву—С. И. Спасокукоцкому	104	90	13	2	12	—	1	118	41,7
в) идеальная по А. Н. Бакулеву	30	30	1	—	—	—	—	31	10,9
г) по Л. А. Вишневному	18	11	2	1	1	—	—	15	5,3
д) с фиброзной капсулой	9	6	—	—	3	—	—	9	3,2
Резекция части легкого									
а) клиновидная резекция	17	10	2	2	5	—	—	19	6,7
б) сегментэктомия	11	7	1	2	2	—	—	12	4,3
в) лобэктомия	16	10	1	2	4	—	—	17	6,0
Пулмонэктомия									
	1	—	—	—	1	—	—	1	0,3
Всего	251	179	22	18	50	4	10	283	100

не представляла какой-либо технической трудности. При вторичных необратимых изменениях в легочной ткани были выполнены сегментэктомии (4,3%) и лобэктомии (6,0%). Одна пульмонэктомия (0,3%) проведена при гигантской нагноившейся нижней доле и выраженного пневмосклероза верхней доли.

Из 59 (19,1%) неоперированных у 18 больных наступило самоизлечение после прорыва кисты в бронх. Не явились для выполнения второго этапа операции (после эхинококкэктомии печени) 13 больных, 3 было отказано в операции из-за множественного обсеменения обоих легких и брюшной полости, 3 больных с омелотворенным эхинококкозом находятся под наблюдением, 22 больных отказались от операции.

Таким образом, противопоказания к операции встретились у 3 больных (0,97%).

Произведенный анализ операций у 251 больного за 31 год (1937—1967) показывает, что методика операций изменялась с течением времени, причем можно выделить три периода. Первый период соответствует 1937—1950 гг., когда в основном проводились одномоментные открытые и двухмоментные закрытые эхинококкэктомии.

Второй период охватывает время с 1951 по 1955 гг., когда в основном применялись одномоментные закрытые методы, но без широкого вскрытия плевральной полости. Эти операции производились при поверхностном расположении кист.

Наконец, третий период начинается с 1956 г., когда, в связи с внедрением в хирургическую практику эндотрахеального наркоза, стало возможным производить широкую торакотомию. Надо отметить, что из 283 операций 205 (75,9%) выполнено после 1956 года.

Накопленный опыт хирургического лечения эхинококкоза легких позволяет высказаться за применение эндотрахеального наркоза с управляемым дыханием.

Выбор оперативного доступа зависит от локализации кист, их размера, состояния паразита, а также возраста больного и наличия сопутствующих осложнений. Боковой доступ был применен в 63,9%, передне-боковой — в 23,5% и задне-боковой — в 12,6% наблюдений. Таким образом наиболее рациональным доступом является боковая торакотомия по V—VI межреберью.

Большое значение для эффективности операции имеет достаточно полно произведенный пневмолиз, так как это облегчает манипуляции по выявлению и удалению кист из легкого.

Кроме того кисты могут располагаться в местах сращений и не быть выявленными при рентгенологическом исследовании. Сращения легкого с грудной стенкой отмечены в 60%, в 30% протоколы операций не содержали сведений о наличии сращений, и только в 10% плевральные спайки не затрудняли операцию.

При несложном эхинококкозе методом выбора надо считать одномоментную закрытую эхинококкэктомию. Так, из 283 операций по поводу несложного эхинококкоза было выполнено 173 одномоментных закрытых эхинококкэктомий, что составляет 61,1% от всех вмешательств при эхинококкозе легких и 76,1% — от операций при несложном эхинококкозе, причем за последние 10 лет двухмоментные и открытые способы операций не применялись совсем.

Только при небольших по размеру кистах (диаметром до 6 см) удастся извлечь кисту с неповрежденной хитиновой оболочкой, в остальных случаях необходима предварительная пункция кисты. Произведенная с необходимыми мерами предосторожности пункция оказывается совершенно безопасной, она подтверждает диагноз в сомнительных случаях и при глубоком расположении паразита, а удаление хитиновой оболочки в значительной степени облегчается.

При обработке полости фиброзной капсулы следует придавать большое значение тщательному ушиванию бронхиальных свищей. Оставление неушитым бронхиального свища способствует формированию остаточной полости и развитию нагноительного процесса. Обработку бронхиальных свищей необходимо производить следующим образом. Рассекается фиброзная капсула вокруг бронхиальных свищей, и свищи тщательно закрываются узловыми или кисетными швами из шелка или капрона путем проведения иглы под фиброзной капсулой с захватыванием паренхимы легкого, окружающей бронхиальный свищ. Наложение последующего второго этажа узловых швов с захватом фиброзной капсулы способствует надежному ушиванию бронхиальных свищей.

Закрытие полости фиброзной капсулы производилось путем капитонажа, т. е. сшиваний ее стенок между собой. Необходимо отметить, что для обработки бронхиальных свищей и капитонажа следует применять нерассасывающийся шовный материал, так как при раннем рассасывании швов может сформироваться остаточная полость.

При двустороннем поражении легких хирургическая так-

тика оказывается довольно сложной, тем более, что при этом почти всегда имеет место множественное поражение.

Одномоментная одновременная двусторонняя эхинококкэктомия может быть выполнена только при условии хорошего общего состояния больного, достаточно высоких дыхательных резервах и наличия минимума двух долей, свободных от инвазии. Операция производится при положении больного на спине двумя бригадами оперирующих хирургов. Только при наличии единичных кист с одной стороны и быстрого окончания операции на другой стороне в исключительных случаях одномоментную последовательную двустороннюю эхинококкэктомию может выполнять один высококвалифицированный хирург.

В основном больные с двусторонним поражением должны оперироваться в 2 этапа, причем первая операция производится на стороне большего поражения, а оптимальный срок между двумя операциями при благоприятном течении послеоперационного периода составляет 2—4 месяца.

Сочетанные локализации встретились у 45 (14,5%) больных, причем одновременное поражение двух органов имело место в 33 (10,6%) наблюдениях, одновременное поражение 3 органов в 11 (3,6%), а одновременное поражение 4 органов — у 1 (0,3%) больного. Чаще всего имело место сочетание инвазии в легких и печени.

При сочетании поражения легких с другими органами хирургическая тактика принципиально должна быть такой же, как и при двусторонних поражениях, но с учетом локализации. Из 45 больных оперировано 30, причем одновременная эхинококкэктомия была выполнена у 9 больных, а последовательное удаление паразита произведено у 21 больного. Применялось только двухэтапное оперирование. В первую очередь производилась лапаротомия и удаление кист из органов брюшной полости, а затем — из легких.

При двустороннем сочетанном поражении легких и печени осуществлялась первым или вторым этапом торакотомия и лапаротомия рассечением диафрагмы, а затем эхинококкэктомия другого легкого, или наоборот.

Следовательно, одномоментная закрытая эхинококкэктомия с капитонажем полости фиброзной капсулы является органосохраняющей операцией и позволяет производить радикальное лечение при одновременно множественном поражении нескольких органов, что невозможно при использовании других методов.

При больших размерах кист, центральном их расположении осуществление капитонажа может оказаться затруднительным. В таких случаях следует пользоваться способом, предложенным А. А. Вишневым (1956). Подобные операции выполнены у 13 больных (5,3%).

Нельзя рекомендовать вылушивание паразита вместе с фиброзной капсулой или резекции легкого, так как они в обычных условиях не имеют никаких преимуществ перед эхинококкэктомией с капитонажем полости фиброзной капсулы и являются довольно травматичными вмешательствами, а сведения о возможности развития зародышей в фиброзной капсуле сомнительны.

Резекции легких при неосложненной эхинококкозе являются вынужденными и должны производиться при наличии необратимых изменений в легочной паренхиме или осложнений во время операции. Всего произведено 27 резекций легкого (9,5%), из них 10 раз были выполнены клиновидные резекции, у 7 больных — сегментэктомии и у 10 — лобэктомии. Надо полагать, что при тщательно взвешенных показаниях, резекции легких по поводу эхинококкоза будут производиться по возможности реже.

При нагноении эхинококковой кисты преимущественно должны выполняться одномоментные операции с экономной резекцией легкого, и только при общем тяжелом состоянии больного может быть выполнена одно- или двухмоментная эхинококкотомия.

Так, у 18 больных с нагноением кисты одномоментные открытые эхинококкотомии выполнены в 9 наблюдениях, клиновидные резекции — в 2, сегментарные резекции — в 2, лобэктомии — в 2 и эхинококкэктомия по А. А. Вишневскому — у 1 больного. Надо заметить, что применение закрытых эхинококкэктомий с капитонажем полости фиброзной капсулы при нагноившемся эхинококкозе следует считать ошибкой из-за опасности возникновения абсцесса легкого и эмпиемы плевры.

При прорыве кисты в бронх также показано оперативное лечение. Хотя у ряда больных и наступает самоизлечение, однако чаще хитиновая оболочка не может отторгнуться через дренирующий бронх, наступает разложение ее и формируется хроническое нагноение. Так, из 68 больных с прорывом кисты в бронх у 18 (26,4%) наступило самоизлечение, остальные 50 (73,6%) больных были оперированы. Если не наступило нагноение, то должна производиться одномоментная закры-

тая эхинококкэктомия с капитонажем полости фиброзной капсулы. При разложении фиброзной капсулы показана резекция легкого. Из 50 оперированных больных одномоментную закрытую эхинококкэктомию с капитонажем полости фиброзной капсулы удалось выполнить у 13 больных, удаление кисты с фиброзной капсулой — у 3, резекции легких были сделаны у 11 больных, пульмонэктомия — у 1 больного. В 22 случаях произведены эхинококкотомии. Эхинококкотомии выполнены до 1950 года, когда не производились широкие торакотомии.

При прорыве кисты в плевральную полость показано широкое дренирование, что и произведено успешно у 4 больных.

Остаточные внутрилегочные полости после опорожнения эхинококковых кист выявлены у 35 больных (11,3%). В этих условиях применялись капитонаж фиброзной капсулы, экстирпация капсулы, частичная резекция капсулы с капитонажем, пластика мышечным лоскутом на ножке и резекция легких, а у ослабленных больных (6 случаев) произведены паллиативные вмешательства, заключающиеся во вскрытии и дренировании.

Во время операции по поводу эхинококкоза легких и в послеоперационном периоде осложнения встречаются относительно часто. Так, осложнения встретились у 60 больных из 251 (23,9%), причем при осложненном эхинококкозе отклонения в течении послеоперационного периода были чаще (47,2%), чем при неосложненном (14,5%). Следует отметить, что наибольшее количество осложнений приходится на эхинококкотомии (55,7%). После одномоментных закрытых эхинококкэктомий с капитонажем полости фиброзной капсулы осложнения возникали в 2,7 раза реже (20,2%).

Наиболее частыми среди послеоперационных осложнений являются осложнения со стороны плевральной полости, легких и бронхов. Такие осложнения встретились у 43 больных. Осложнения со стороны других органов возникали редко и отмечены у 17 больных, из них у 12 было нагноение операционной раны.

Из 251 оперированного больного у 11 были летальные исходы (4,4%), причем 4 наступили после открытой эхинококкотомии, 3 — после закрытой с капитонажем полости фиброзной капсулы, 2 — после идеальной эхинококкэктомии и 1 — после лобэктомии.

За последние 10 лет оперирован 161 больной, из них умерло 3 больных (1,8%).

При анализе непосредственных результатов удалось отметить следующее. Полный клинический эффект достигнут у 191 больного (76,1%), а выписаны с различными осложнениями 49 человек (19,5%). Наиболее часто полный клинический эффект наступает у больных, которым выполнены одномоментные закрытые эхинококкэктомии с капитонажем полости фиброзной капсулы (от 82,9% до 96,7%), а летальность составила 0,9%, в то время как при одно- и двухмоментных эхинококкотомиях полный клинический эффект наступил лишь у 51,3%, а летальность составила 13,9%.

Последующие результаты операций по поводу эхинококкоза легких надо считать хорошими. Из 186 оперированных больных и обследованных в сроки от 1 года до 16 лет отличные результаты были у 117, хорошие — у 59, посредственные — у 8, и только в 2 наблюдениях плохие. У этих 2 больных имели место стойкие бронхиальные свищи после эхинококкотомий.

Наиболее эффективные последующие результаты отмечены после одномоментной закрытой эхинококкэктомии с капитонажем полости фиброзной капсулы.

Рецидив эхинококкоза легких встретился у 11 (4,4%) из 251 оперированного больного, причем чаще рецидивы были после одномоментных открытых эхинококкотомий. Это можно объяснить следующими обстоятельствами. Во-первых, при эхинококкотомии не производится полная ревизия легкого и могут оставаться кисты, не выявленные при рентгенологическом исследовании, во-вторых, не исключается оставление элементов паразита.

Необходимо отметить, что скорость роста отдельных кист в легких бывает неодинаковой, поэтому очень мелкие кисты вообще невозможно выявить во время оперативного вмешательства.

ВЫВОДЫ

1. Для Северного Кавказа эхинококкоз является краевой патологией. В Ставропольском крае поражение легких составляет 30% от эхинококкоза всех локализаций и по частоте занимает второе место после печени. Легочная локализация эхинококкоза характерна для жителей скотоводческих районов с засушливым степным климатом и частыми ветрами. Это свидетельствует о значительной роли аэрогенного пути заражения.

2. Важными признаками эхинококкоза легких являются нахождение крючьев и сколексов в мокроте, выкашливание обрывков хитиновой оболочки и дочерних пузырей после прорыва кисты в бронх. Большое диагностическое значение имеет реакция Кацони, которая при эхинококкозе легких была положительной у 78,8% больных. Основным методом диагностики является рентгенологическое исследование.

3. В настоящее время единственным радикальным способом лечения надо считать удаление паразита хирургическим путем. Методом выбора обезболивания должен быть комбинированный эндотрахеальный наркоз. Лучшим хирургическим доступом является боковая торакотомия по V или VI межреберью. Он дает возможность широкого обзора органов груди, позволяет выполнить одновременно операцию при сочетанном поражении легкого и органов брюшной полости.

4. При неосложненном эхинококкозе, а также при осложненных кистах небольших размеров методом выбора является одномоментная закрытая эхинококкэктомия с капитонажем полости фиброзной капсулы. Этот способ позволяет выполнить операцию при множественном и сочетанном эхинококкозе. Важным моментом операции является тщательное ушивание бронхиальных свищей. В качестве шовного материала необходимо использовать нерассасывающиеся нити.

5. При множественном, двустороннем и сочетанном эхинококкозе более целесообразными являются этапные операции, промежутки времени между этапами могут составлять 2—4 месяца.

6. При нагноении больших эхинококковых кист, сопровождающихся разрушением легочной ткани, неспособной к реэспансии, следует производить экономные резекции легких. Прорыв кисты в бронх и гибель паразита не исключает применения одномоментных закрытых эхинококкэктомий. Перед осуществлением капитонажа следует произвести санацию поверхности фиброзной капсулы и она должна быть очищена от эпителиальной выстилки.

7. После прорыва кисты в бронх редко наступает самоизлечение. Чаще такое осложнение приводит к развитию остаточных внутрилегочных полостей, которые требуют оперативного лечения.

8. Частота и характер осложнений находятся в зависимости от состояния кисты, ее размеров и применяющихся способов операции. Наименьшее количество осложнений (18,8%)

было после одномоментной закрытой эхинококкэктомии. Наибольшее количество осложнений приходится на открытые методы (50,9%). Поэтому открытые методы операции могут быть применены только в вынужденных случаях.

9. Последующие результаты оперативного лечения эхинококкоза легких надо считать хорошими. Из 186 обследованных больных не предъявляли жалоб и возвратились к труду 117 (62,9%) больных, сохранили трудоспособность, но предъявляли различные жалобы 67 (30,0%) больных и 2 (1,1%) больных стали нетрудоспособными.

10. После хирургического лечения эхинококкоза легких рецидивы возникли у 11 (4,4%) больных в сроки от 4 месяцев до 11 лет. Локализация кист в той же доле (истинный рецидив) была у 6 больных. У 5 больных кисты располагались в соседних долях, что следует отнести к ложным рецидивам. Рецидивы чаще возникали после эхинококкотомии, когда возможность обсеменения операционного поля или оставление зародышевых элементов в полости фиброзной капсулы наиболее вероятна.

**ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ДИССЕРТАЦИИ ОПУБЛИКОВАНЫ
В СЛЕДУЮЩИХ РАБОТАХ:**

1. Некоторые вопросы хирургии эхинококкоза легких. Хирургия, 1967, № 2, стр. 31—36 (в соавторстве).
2. Одномоментная двусторонняя эхинококкэктомия легких, диафрагмы и печени. Грудная хирургия, 1966, № 4, стр. 103—104 (в соавторстве).
3. Диагностическая ценность внутрикожной аллергической реакции Кацони при эхинококкозе. Сборник работ — Хирургия эхинококковой болезни. Ставрополь, 1963, стр. 165—171 (в соавторстве).
4. Хирургия эхинококкоза легких. Сборник работ — Актуальные проблемы грудной хирургии. Ставрополь, 1964, стр. 232—244.
5. Хирургические контуры эхинококковой болезни легких. Сборник работ — Материалы выездной научной сессии научно-исследовательского института клинической и экспериментальной хирургии МЗ СССР совместно со Ставропольским медицинским институтом. Ставрополь, 1964, стр. 103—105 (в соавторстве).
6. Хирургическое лечение эхинококкоза легких и его осложнения. Сборник работ — Вопросы морфологии и клинической медицины. Калмыцкое книжное издательство, 1965, стр. 251—256.
7. Одномоментная двусторонняя эхинококкэктомия легких. Сборник работ — Вопросы теоретической и практической медицины. Калмыцкое книжное издательство, 1965, стр. 523—524.
8. Узловые вопросы хирургии эхинококкоза легких. Сборник работ — Вопросы хирургии и анестезиологии. Ставрополь, 1966, стр. 224—227.
9. Некоторые вопросы лечения эхинококкоза легких у детей. Сборник работ — Вопросы хирургии и анестезиологии. Ставрополь, 1966, стр. 227—231 (в соавторстве).
10. Материалы по эхинококкозу легких. Материалы VII конференции хирургов Северного Кавказа, Ставрополь, 1968 (в соавторстве).
11. Анализ методов хирургического лечения эхинококкоза легких. Материалы VII конференции хирургов Северного Кавказа, Ставрополь, 1968 (в соавторстве).

ВГ57026. 4.11-69 г. Ставр. крайтнц., з. 738, г. 250 экз.