

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ЛЕГКОГО В СВЕТЕ БЛИЖАЙШИХ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

М. Г. Гольдфарб, Н. В. Чернышев и С. В. Штерн

*Кафедра рентгенологии и радиологии (зав. — проф. В. Н. Штерн)
и кафедра факультетской хирургии (зав. — проф. К. И. Мышкин)
Саратовского медицинского института*

В настоящее время общепризнано, что единственно надежный способ лечения при эхинококковой болезни легких — хирургический. Большинство хирургов предпочитает производить одномоментную закрытую эхинококкэктомию как операцию достаточно радикальную и наименее травматичную. Разногласия существуют лишь в деталях операции. Так, например, остается неясным, как поступить с бронхом, открывающимся в полость фиброзной капсулы. По мнению А. А. Вишневого (1956), бронх открывается в полость фиброзной капсулы у 20% оперированных больных. Р. П. Аскерханов (1960) отметил существование бронхиальной фистулы более чем у половины из 53 оперированных им больных. По сообщению Ю. В. Астрожникова (1960), у 9 из 21 оперированного больного был обнаружен бронх, открывающийся в полость фиброзной капсулы.

На нашем материале (117 оперированных больных) бронхиальный свищ — постоянный спутник эхинококковой кисты в легком. По-видимому, такое расхождение данных связано с тем, что увидеть отверстие бронха в фиброзной капсуле зачастую удается лишь при значительном повышении внутрибронхиального давления, создаваемого искусственно, что делается далеко не всегда.

Подавляющее большинство хирургов настаивает на обязательном ушивании бронхиальной фистулы (В. С. Гамов, А. Н. Львов, И. Я. Дейнека, Н. В. Антелава и др.).

Клапанный пневмоторакс, длительно существующая остаточная полость, нагноение ее, экссудативный плеврит, аспирационное обсеменение — вот осложнения, которые, по мнению ряда авторов, могут развиться вследствие неушитого бронха. В случаях, когда дренирующий бронх по тем или иным причинам ушить не удастся, И. Я. Дейнека (1955), Ю. В. Астрожников (1960), Д. Ф. Скрипниченко и К. А. Цыбырнэ (1959) считают необходимым осуществить дренирование остаточной полости. Е. С. Карашуров и соавт. (1963) высказываются за необходимость резекции легкого, если в фиброзную капсулу открывается несколько бронхиальных свищей.

В то же время другие авторы приводят наблюдения, где ушивание дренирующего бронха не производилось, рана закрывалась наглухо и послеоперационный период протекал без каких-либо осложнений. Об этом еще в 1934 г. писал М. С. Астров. А. Н. Бакулев и И. А. Медведев (1951) сообщают об аналогичной операции, произведенной С. И. Сласокуоцким, с гладким послеоперационным течением. Б. Я. Франкенберг и Я. Э. Шварц (1951) предлагают ушивать отверстие лишь крупного бронха, открывающегося в фиброзную капсулу, ушивание мелких бронхов они считают необязательным. По Ю. А. Волоху (1957), ушивание бронхиальных отверстий в глубине полости кисты может привести к значительному кровотечению, и поэтому оно не обязательно. Я. С. Котигер (1965) ушивал только крупные бронхиальные фистулы. Он сообщает, что у 7 больных, у которых эта манипуляция не удалась, рана была зашита наглухо и послеоперационный период протекал гладко. Наконец, И. М. Поповьян (1962) полагает, что бронх, открывающийся в полость фиброзной капсулы эхинококковой кисты, ушивать не нужно, так как он является естественным дренажем остаточной полости.

Из оперированных в нашей клинике 117 больных 86 была произведена одномоментная закрытая эхинококкэктомию без ушивания бронхиальной фистулы. У 13 больных были множественные кисты в одном или обоих легких, в связи с чем общее количество удаленных кист — 116. 17 больным эхинококкэктомию произведена по поводу вскрывшихся в бронх и частично опорожнившихся кист легкого.

Операция включала торакотомию, пункцию кисты, аспирацию эхинококковой жидкости, удаление хитиновой оболочки, резекцию фиброзной капсулы и ушивание остаточной полости. Бронх, дренирующий фиброзную капсулу, мы не ушивали. 14 больным произведена идеальная эхинококкэктомию по А. Н. Бакулеву.

Одна больная была оперирована по поводу гигантской эхинококковой кисты, занимающей почти всю верхнюю долю правого легкого, с выраженным перикистозным воспалением. Послеоперационный период осложнился нагноением раны, сепсисом, образованием септического абсцесса в другом легком. Больная погибла от профузного легочного кровотечения.

У 5 больных течение послеоперационного периода осложнилось нагноением остаточной полости, которое сопровождалось высокой температурой, откашливанием гнойной мокроты и определяемым при рентгенологическом исследовании горизонтальным уровнем содержимого в остаточной полости. У одного из этих больных, Л., 47 лет, опе-

рированного по поводу множественных (четырёх) частично опорожнёвшихся кист правого лёгкого, был не вновь возникший, а продолжающийся воспалительный процесс в окружающей лёгочной ткани и в фиброзной капсуле, начавшийся еще до операции. Об этом свидетельствовала высокая температура и гнойная кровянистая мокрота, выделявшаяся у больного в течение месяца до операции.

У одной больной нагноение остаточной полости потребовало в послеоперационном периоде реторакотомии и дренирования. Во всех других наблюдениях консервативная терапия оказалась достаточной для ликвидации этого осложнения.

У одного больного течение послеоперационного периода осложнилось подкожной эмфиземой, исчезнувшей к концу 2-х суток после операции. Появление подкожной эмфиземы мы объясняем попаданием в подкожную клетчатку остаточного воздуха из плевральной полости через недостаточно герметичный шов на парietальной плевре. Это подтверждается исчезновением подкожной эмфиземы к концу 2-х суток после операции, что не могло бы произойти при условии постоянного поступления воздуха через бронхиальный свищ.

У 4 больных послеоперационный период осложнился гнойным плевритом, который у 2 сочетался с нагноением остаточной полости. После обычных в таких случаях мер (пункции с введением в плевральную полость антибиотиков) гнойный процесс в плевре купировался.

У одного из наших больных, юноши 15 лет, оперированного в 1955 г. по поводу большой эхинококковой кисты верхней доли левого лёгкого, через год после операции выявлены множественные кисты правого лёгкого и вновь образовавшаяся киста на месте удалённого эхинококка. Благополучный исход операции у этого больного вызвал сомнение еще тогда, когда больной находился на операционном столе. В момент пункции кисты анестезиолог обратил внимание на то, что у больного изо рта выделяется эхинококковая жидкость, излившаяся в полость фиброзной капсулы и попавшая в бронхиальное дерево. В результате наступила бронхогенная диссеминация, и больной был повторно оперирован.

Мы полагаем, что пути профилактики этого осложнения лежат не в ушивании дренирующего бронха, а в создании повышенного давления внутри бронхиального дерева в момент пункции кисты. Ушивание бронха является следующим этапом после пункции кисты и потому не может препятствовать бронхогенному обсеменению, если оно уже наступило.

Среди 56 больных, обследованных в различные сроки после операции, у 1 больной через год после оперативного вмешательства мы наблюдали рецидив эхинококковой кисты.

При операции по указанной методике во всех случаях на месте бывшей эхинококковой кисты возникает остаточная полость, связанная с бронхом. У части больных уже в ближайшем послеоперационном периоде (обычно при небольших размерах кист) она облитерируется и к моменту выписки больных из стационара при рентгенологическом исследовании, включающем томографию, не обнаруживается. У большей же части оперированных больных остаточная полость выявляется, однако динамическое рентгенологическое исследование в течение ближайшего послеоперационного периода показывает, что ее размеры прогрессивно уменьшаются, т. е. она рубцуются.

Из 23 чел., исследованных в сроки до 3 месяцев после операции, остаточные полости в лёгких обнаружены у 11. Лишь 3 из них предъявляли жалобы на боли по ходу операционного рубца. 5 чел. из 11 были обследованы вторично через 6 месяцев после операции. Остаточные полости небольших размеров были выявлены только у 2, у которых в послеоперационном периоде было нагноение полостей. Мы ни разу не видели остаточных полостей в лёгких в сроки от года и более после одномоментной закрытой эхинококкэктомии.

Все больные, обследованные в отдалённые сроки после операции, чувствуют себя хорошо и продолжают работать на прежнем месте.

Таким образом, мы не наблюдали грозных осложнений, связываемых большинством авторов с существованием бронхиального свища. Считаём, что ушивание бронхиальной фистулы при одномоментной закрытой эхинококкэктомии лёгкого не обязательно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антелава Н. В. Хирургия, 1952, 1. — 2. Аскерханов Р. П. Хирургия, 1960, 1; Хирургия, 1965, 12. — 3. Астров М. С. Вестн. хир. им. И. И. Грекова, 1934, т. 36. — 4. Астрожников Ю. В. Хирургия, 1960, 1. — 5. Бакулев А. Н. и Медведев И. А. Хирургия, 1951, 3. — 6. Вишневский А. А. Вестн. хир. им. И. И. Грекова, 1956, 11. — 7. Волох Ю. А. Эхинококковая болезнь у людей. Фрунзе, 1957. — 8. Гамов В. С. Однокамерный эхинококк органов грудной полости. Медгиз, Л., 1960. — 9. Дейнека И. Я. Эхинококк лёгких. Киев, 1955. — 10. Котигер Я. С. Грудная хирургия, 1965, 2. — 11. Поповьян И. М. и Чернышев Н. В. Вестн. хир. им. И. И. Грекова, 1964, 2. — 12. Скрипниченко Д. Ф. и Цыбырнэ К. А. Диагностика и лечение эхинококка лёгкого. Кишинев, 1959. — 13. Франкенберг Б. Е. и Шварц Я. Э. Хирургия, 1951, 3.