

Случаи из практики

© МЕНХТОГОО Б., ДАВААЦЭРЭН Н., ЭРДЭНЭ С. -
УДК 616.36-08-089:616.995.121

ФОРМЫ МНОЖЕСТВЕННОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Б. Менхтогоо, Н. Даваацэрэн, С. Эрдэнэ.

(Монгольский Государственный медицинский университет, ректор - проф. Ц. Лхагвасурэн)

Резюме. Нами изучены разновидности множественного эхинококкоза печени у 348 больных, находившихся на лечении в хирургических отделениях ЦРКБ в период с 1976-1998г.г. Множественный эхинококкоз печени возникает в результате: 1) первичного заражения эхинококковыми яйцами (сколексами), 2) как результат метастазирования при разрыве первичной кисты, 3) при обсеменении во время операции. В редких случаях встречаются сложные кисты, состоящие из двух или более камер, фиброзная капсула и содержимое которых различаются между собой. Мы предлагаем свою классификацию множественного эхинококкоза печени. Множественный эхинококкоз печени встречается 38,84% случаев среди всех больных эхинококкозом.

Среди паразитных заболеваний человека эхинококкоз занимает одно из ведущих мест, и отличается своеобразностью клинического течения и тяжестью патологических изменений, вызываемых в организме человека. За последнее время в ряде стран, эпидемических по эхинококкозу, в том числе и в Монголии, количество первичных форм эхинококкоза, т.е. свежих случаев заражения, заметно уменьшилось.

Вместе с тем, число рецидивов данного заболевания, множественных и осложненных, форм эхинококкоза растет, и вопросы диагностики и лечения этих форм остаются по-прежнему серьезной проблемой для здравоохранения нашей страны.

Множественный эхинококкоз печени является довольно часто встречающейся формой этого заболевания, и по данным различных авторов частота его колеблется в пределах от 4,15 до 63,2% [1,2,7,8,10,11,12,13,17,18,19,20].

Хотя заболеваемость эхинококкозом в Монголии заметно снижается, по данным отечественных авторов с 7,1 до 1,88% среди хирургических заболеваний [4,5,8,11] больные эхинококкозом продолжают поступать в наши клиники, и это заболевание все еще остается одной из проблем.

Ввиду того, что эхинококкоз человека имеет тенденцию непрерывно развиваться и увеличиваться, а множественный эхинококкоз печени более подвержен различным осложнениям. Эта форма часто является тяжелым страданием для больных, а в ряде случаев приводит и к летальному исходу.

Между тем многие аспекты множественного эхинококкоза печени остаются недостаточно изученными.

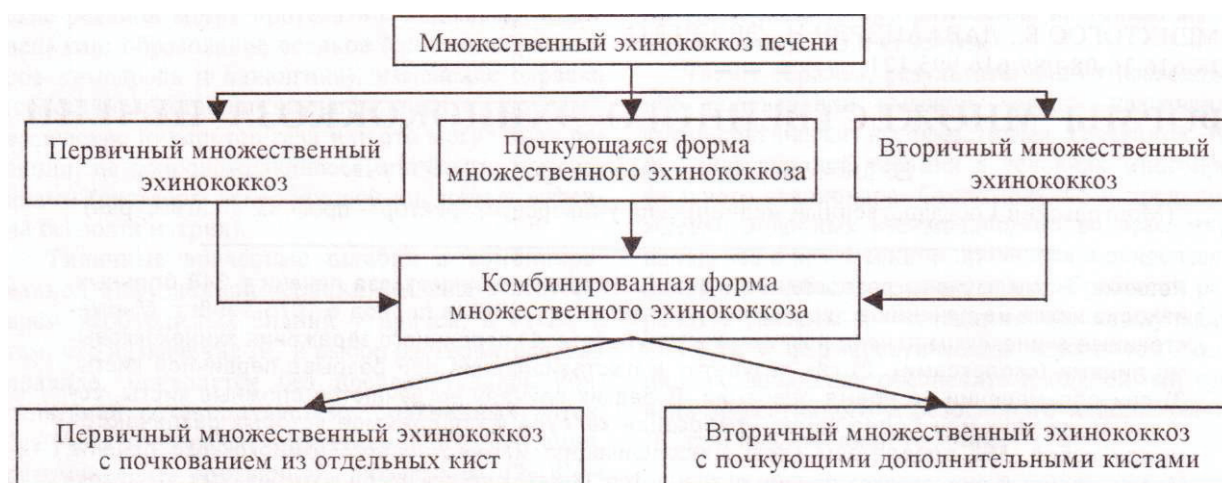
Целью нашего исследования являлось изучение особенностей, разновидностей множественного эхинококкоза печени и решение вопроса диагностики и тактики лечения больных, страдающих этим заболеванием.

Материалы и методы

Наш клинический материал состоит из данных 348 больных множественным эхинококкозом, которые выделены в специальную группу из общего числа 896 больных с эхинококкозом, находившихся на лечении в хирургических отделениях ЦРКБ в период с 1976-1998г.г. Таким образом, множественный эхинококкоз зарегистрирован нами 38,84% случаев среди всех больных эхинококкозом. Среди последних мужчины составили 54,02%, а женщины - 45,98%. Подавляющее число больных эхинококкозом (76,15%) были в возрасте от 30 до 59 лет. Из 348 обследованных больных множественным эхинококкозом печени были прооперированы 339 (97,41%). Использовались статистические, клинические, морфологические и лабораторно-инструментальные методы исследования, применяемые в практике ЦРКБ. Макроскопически и эхографически мы определили характер хитиновой оболочки, фиброзной капсулы, содержимого каждой эхинококковой кисты, также установили разновидность множественного эхинококкоза печени. И на основании выше перечисленных данных классифицировали кисты на: 1) первичную, 2) вторичную, 3) почкующуюся формы множественного эхинококкоза печени.

Результаты и обсуждение

Наличие нескольких эхинококковых кист в печени мы понимаем как множественный эхинококкоз. Множественный эхинококкоз печени возникает в результате первичного заражения эхинококковыми яйцами (сколексами) или как результат вторичного роста при разрыве первичной кисты, а также при обсеменении во время операции. В редких случаях встречаются кисты, состоящие из двух или более камер, фиброзная капсула и содержимое которых различаются между собой. Таким образом, множественный эхинококкоз печени имеет различные формы. Пэ. Долгор (1979) выдвинул концепцию деления множественных



эхинококковых кист на три формы: первичную, вторичную и почкующуюся.

На основании нашего многолетнего наблюдения за больными со множественным эхинококкозом (по клиническим и литературным данным) мы предлагаем свою классификацию этого заболевания (схема).

Мы считаем, что наша модифицированная классификация множественного эхинококкоза, является наиболее удобной и практичной для применения в клинической практике в связи с тем, что она охватывает все особенности отдельных форм множественного эхинококкоза печени.

Вышеприведенные формы множественного эхинококкоза печени были обнаружены на операции (табл.1).

До настоящего времени остается не ясной причина почкования эхинококковой кисты. По нашим данным мы выявили две основные причины, способствующие почкованию эхинококковой кисты:

1. Почкование после образования трещины в фиброзной капсуле, вследствие травмы или чрезмерного роста паразита. При старении эхинококковой кисты её фиброзная капсула теряет свою эластичность и становится непрочной, и под влиянием постоянно увеличивающегося внутри-

кистозного давления от непрерывного размножения эхинококковых элементов может образоваться трещина в каком-либо месте фиброзной капсулы. Через такую трещину происходит почкование эхинококковой кисты еще при цельной хитиновой оболочке, а вокруг неё происходит тканевая реакция, образуется новая эластичная фиброзная капсула с хорошей васкуляризацией. F. Deve (1935), J. Venex (1963), рассматривали появление дочерних пузырей как симптом старения кисты.

2. Почкование кисты без трещин фиброзной капсулы. Оно происходит там, где имеется "слабое место", т. е. при сравнительно тонкой податливой стенке фиброзной капсулы. Для данного вида почкования важную роль имеет внутрикистозное давление. Выпячивающаяся капсула в дальнейшем может медленно растягиваться, увеличиваться, образуя отпочковавшиеся эхинококковые кисты, иногда довольно большой величины.

Так образуются почкующиеся множественные эхинококковые кисты. Вышеописанная концепция получила неоспоримое подтверждение при оперативном лечении больных с почкующимися формами эхинококкоза, находившимися на различных этапах процесса почкования первичной кисты.

Таблица 1.

Формы множественных эхинококковых кист, выявленные на операции

Формы множественного эхинококкоза		Количество больных		+ш	Т
		п	%		
Первичный множественный эхинококкоз		65	19,17	2,6	5,4
Вторичный множественный эхинококкоз		140	41,30	3,2	5,0
Почкующаяся форма множественного эхинококкоза		69	20,35	2,6	
Комбинированные формы множественного эхинококкоза	Первичный множественный эхинококкоз с почкованием из первичных кист	19	5,6	1,6	
	Вторичный множественный эхинококкоз с почкующимися дополнительными кистами	46	13,57	2,2	2,6
Всего		339	100,0		

Процесс почкования эхинококковой кисты является признаком её старения, т.е. признаком увеличения числа "старых" эхинококковых кист, а преобладание числа "старых" форм эхинококкоза говорит за уменьшение количества новой инвазии человека эхинококковым паразитом.

Эхинококковые кисты у наших больных располагались в различных органах, но основным местом локализации была печень (86,73%). Среди обследованных нами больных правая доля печени была поражена эхинококкозом у 173 (51,03%) больных, левая доля - у 37 (10,91%), а обеих долей - у 129 (38,05%).

У прооперированных нами больных было обнаружено всего 1578 кист, в том числе в печени - 805 (51,02%) кист. Причем, в подавляющем большинстве случаев встречалось по две кисты в печени - у 177 (50,86%) больных, реже три кисты - у 71 (23,1%), а по 4 и более - у 91 (26,1%).

При вторичном множественном эхинококкозе часто наблюдалось комбинированное поражение, т.е. эхинококкозом были поражены наряду с печенью и другие органы. Комбинированная форма, которая носила генерализованный характер, выявлена у 180 (51,72%) больных, среди которых было выявлено всего 875 кист. Такое распространение нередко, видимо было плодом неоднократного разрыва эхинококковых кист, имеющих очень тонкую фиброзную капсулу и подверженных повторным разрывам, дающих вторичные кисты различной генерации.

Содержимое эхинококковых кист при множественном эхинококкозе было разнообразным в зависимости от формы, стадии развития паразита и осложнения кисты. Однако подавляющее большинство (59,15%) эхинококковых кист имело сравнительно густое содержимое с множественными дочерними пузырями. Содержимое отпочковавшейся кисты отличалось от содержимого материнской кисты. Последняя обычно имела омертвевшие эхинококковые элементы, в большинстве с примесью желчи, а отпочковавшиеся кисты содержали, как правило, живые дочерние пузыри с прозрачной жидкостью и эхинококковым "песком".

Фиброзная капсула множественных эхинококковых кист имела не одинаковый характер, а именно, при первичном множественном эхинококкозе фиброзная капсула была относительно толстой и капсулы отдельных кист-компонентов множественного эхинококкоза печени не отличались друг от друга, а при вторичном множественном эхинококкозе фиброзная капсула была сравнительно тонкой, а почкующая киста отличалась тонкой фиброзной капсулой по сравнению с капсулой материнской кисты. Обычно между двумя (материнскими и почковавшимися) кистами имелось отверстие (ворота) различных по диаметру, от нескольких - до 10 см. Толщина стенки этих ворот равнялась толщине фиброзной капсулы обеих кист вместе взятых.

При множественном эхинококкозе печени нередко встречалось сочетание нагноившихся и неинфицированных кист. Основными осложнениями множественного эхинококкоза печени было нагноение содержимого кисты и прорыв в соседние органы и ткани. Прорывы наблюдались у 144 (41,59%) обследованных больных. При множественном эхинококкозе печени нередко сопутствовали два вида осложнения, а именно: прорывы и нагноение эхинококковых кист, которые имели сравнительно тяжелое течение у 27 (7,8%) больных. Нагноение без прорыва наблюдалось у 37 (10,91%) больных. Всего нагноений кист наблюдалось у 78 (23,01%) больных, т.е. практически у каждого четвертого.

Нагноение часто отмечалось у больных с первичным или почкующимся множественным эхинококкозом печени. Интересным является тот факт, что у трёх больных с нагноением во время операции мы обнаружили гной только в содержимом материнской кисты, тогда как содержимое в почковавшейся кисте было без нагноения. Это явление доказывает высокую устойчивость эхинококковой оболочки свежих живых кист к проникновению гноеродных микробов.

При множественном эхинококкозе печени осложнения наблюдались в 52,51% случаев. Это в 2 раза больше, чем при солитарном эхинококкозе, при котором было отмечено осложнение лишь в 24,84% случаев.

THE ECHINOCOCCUS MULTIPLE CYST FORMS OF THE LIVER DOPPLERSONOGRAPHY IN HEALTHY PEOPLE

B. Menkhtogoo, N. Davaatseren, S. Erdene

(Mongolian Medical University)

The medical records of 348 adult patients who were operated for the Echinococcus multiple cysts in the Surgical Department of the Central Clinical Hospital during the period of 1976-1998 yy. were studied.

The Echinococcus multiple cysts of liver occur from a primary contamination with the ova (embryos) and as a metastatic result of a breakage of primary cysts or dissemination during operation. Complicated multilocularis cysts with 2 or more chambers occurred in the rare case and which fibrotic capsule and contents distinguished with each other.

The authors suggested their own classification of the liver Echinococcus multilocularis cysts. The liver multilocularis Echinococcus consists of 38,84% in all patients with echinococcus.

Литература

1. Амфилогов С.Н. Хирургическое лечение гидативного эхинококкоза печени. - УБ, 1947.
2. Волох Ю.А. К профилактике рецидивов эхинококкоза печени (Хирургия органов брюшной полости). - Целиноград, 1998. - С.52-54.
3. Глухов А.А., Мошуров И.П. Лечение больного множественными эхинококковыми кистами органов брюшной полости Вестник хирургии. - 2000. - Т. 159, №5. - С.98-99.
4. Гоош Б. Сочетанный и осложненный эхинококкоз печени. Док. дисс. - М., 1988.
5. Даваацэрэн Н. Клиника, диагностика и лечение обзистованного эхинококкоза человека. Дисс. ... канд. мед. наук. - УБ. - 1986.
6. Дадвани С.А., Шкоров О.С., Лотов А.Н., Мусаев Г.Х. Лечение гидатидного эхинококкоза. - Хирургия. - 2000. - №8. - С.27-33.
7. Дейника И.Я. Эхинококкоз человека. - Москва, 1968.
8. Долгор П. Диагностика и лечение эхинококкоза печени поддиафрагмальной локализации. - Докт. дисс., Москва, 1979.
9. Иванов С.А., Котив Б.А. Ультразвуковое исследование в хирургии эхинококкоза печени // Вестник хирургии. - 2001. - Т.160. - №3. - С.73-77.
10. Изотова А.А. Об эхинококкозе печени. Дисс. ... канд. мед. наук. - Пятигорск, 1953.
11. Ичинхорлоо В. Оперативное лечение эхинококковой болезни печени по материалам МНР. Дисс. ... докт. мед. наук., 1960.
12. Милонов О.Б., Бабур А.А. Эхинококкоз печени. - Ташкент, 1982.
13. Омаров М.М. Омертвление и нагноение эхинококкоза печени. Дисс. ... канд. мед. наук. - Баку, 1987.
14. Петковский Б.В., Милонов О.Б. Хирургия эхинококкоза. - София, 1985.
15. Benex J. Evolution in vitro d'explamts de membrale proligere d'Echinococcus granulosus. Etuda de la formation des vesicules secundaires. Ann Parasit. Hum. Contr. - 1963. - Vol.43, N.5. - P.573-582.
16. Deve F. Recertivite de la souris oppesce a la resistance du lapin a l'inoculation de salbe echinococugue do cheval, C.R. Soc. Biol. Paris, 1935. - Vol.119, N.19. - P.351-352.
17. Ekrami V. Surgical Treatment of Hydatid Disease of the liver Arch. Surg. - 1976. - Vol.III, N.12. - P.1350-1352.
18. Kiriakov K. et al. Management of Multiple Combined Hydatid Cysts of the lung and liver Chir. gastroentfl. - 1974. - Vol.7, N.4. - P.422-435.
19. Kune G. A. et al. Hydatid Disease in Australia Prevention, Clinical Presentation and treatment Med. J. Australia. - 1983. - Vol.2, N.8. - P.385-388.
20. Michael S., Evangelos P.M. et al. Surgical treatment of human echinococcosis Int. Surg. - 2000. - N.85. - P.358-365.

Страницы истории науки и здравоохранения

О СИЗЫХ т.п. -
УДК 61(091)(092)

ДОСТОЙНЫЙ СЫН СВОЕГО ОТЕЧЕСТВА

Т.П. Сизых.

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор - акад. МТА и АН ВШ д.м.н., проф. А.А. Майборода)

Резюме. Коханский Василий Аркадьевич - выпускник ИГМУ (1928) - основатель Забайкальской школы хирургов, талантливый хирург, выдающийся организатор, общественный деятель, педагог, слава высшей Иркутской медицинской школы, Заслуженный врач РФ, Почетный гражданин г. Читы, одна из улиц которого названа его именем.

Коханский Василий Аркадьевич - выпускник медицинского факультета Иркутского государственного университета, выдающийся организатор, талантливый хирург, педагог, один из основоположников хирургической школы Забайкалья, депутат трех созывов Верховного Совета РСФСР, член Госпитального совета Наркомздрава СССР, депутат Читинского областного Совета, Заслуженный врач РСФСР, многожды орденноносец, Почетный гражданин города Читы.

Емкий жизненный путь хирурга В.А. Коханского свидетельство неординарной, талантливой высоко плодотворной жизни, которую чувствуешь как большой наполненностью трудом жизнь, от-

данную людям ранее, теперь живущим и будущим поколениям.

Родился Василий Аркадьевич Коханский 19 мая 1904 года в селе Култук Иркутской области в семье врача-ветеринара. Рано потерял мать. Взрослеть пришлось быстрее, чем сверстникам. Отсюда самостоятельность, трудолюбие, привычка полагаться во всем на себя, целеустремленность, доброта, сострадание, отзывчивость.

Активная жизнь его началась с гимназии, которую завершил в 1923 году. И в этот же год он поступил, а 11 сентября 1928 г. успешно завершил учебу на медицинском факультете Иркутского государственного университета (ИРГОСУН). Это