

SUMMARY

SURGICAL TREATMENT OF FURNEA'S GANGRENE CONSEQUENCE

U.A. Kurbanov, A.A. Davlatov, D.D.Djononov, Z.A. Kurbanov

Two cases with Furnea's gangrene consequences which the covering-tissue of penis and scrotum was formed are given in the article. Good functional and aesthetic results are received in both cases. The authors note that rational use of plastic reconstructive surgery principles allows rehabilitating patients in short terms.

Key words: Furnea's gangrene, penis and scrotum reconstruction

Адрес для корреспонденции:

У.А.Курбанов - ректор ТГМУ им. Абуали ибни Сино; Таджикистан, Душанбе, пр. Рудаки, 139, Тел: +992 (37) 224-45-83, 224-36-87. E-mail: kurbanovua@mail.ru



КЛАССИФИКАЦИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

**М.К.Гулов, Д.С.Салимов, Р.А.Турсунов,
Ш.Р.Умаров, О.С.Боймуродов, Н.Г.Курбонов**

Кафедра общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Нами проанализирован более 25-летний опыт диагностики и комплексного лечения больных (942) эхинококковой болезнью печени. Описаны клинические значения 21 симптома осложнений эхинококкоза печени по данным рентгенологической – скопия/графии (5), лапароскопического (7), УЗИ/КТ/ЯМР (7), ИК-спектрофотометрического – качественный/ количественный анализ исследований (2), изучены их информативность и специфичность.

Разработана классификация осложнённых клинических форм эхинококкоза печени, согласно которой выделены: остротекущие, хронически прогрессирующие, парегидатидозные (общие и местные) осложнения, изучено их академическое значение.

Ключевые слова: эхинококкоз печени, эхинококковая киста, классификация осложнений эхинококкоза печени

Актуальность. Согласно классическим понятиям, период осложнений является закономерной стадией развития вегетативной формы эхинококкового возбудителя в организме человека, который не зависит от локальных характеристик эхинококковой кисты (ЭК) и органа-носителя [1-3, 9, 13, 15]. Значение этого обстоятельства заключается в том, что клинко-прогностические характеристики эхинококкоза печени во многом зависят от отношения кисты к жизненно важным структурам органа-носителя.

В свете изложенного исследователи [4] выделяют следующие стадии:

- 1 - латентный период;
- 2 - период продромальных симптомов;
- 3 - период прогрессивного увеличения печени;
- 4 - период осложнений.

Следует также отметить, что в литературе существует общеизвестная классификация на основе сугубо топографических характеристик ЭК. Согласно этой классификации, эхинококкоз печени подразделяется на правосторонний, левосторонний и центральный. В свою очередь, все они подразделяются на кортикальную и латеральную и т.п. [1, 6, 8, 16].

При этом, анализируя недостатки указанной классификации Ф.Г.Назырова с соавт. [8], А.А.Мовчун [7] и др. отмечают, что из-за избытка терминологических обозначений понятие «центральный» часто неверно понимается хирургами. Причина заключается в том, что печень относится к органам со смещённым центром. В результате ряд авторов под понятием «центральный» имеют ввиду отношение к паренхиме печени (кортикальный), а некоторые – к порталным воротам печени.

Вместе с тем, как правило, специфические особенности, имеющие значение при решении тактико-технических проблем лечения и реабилитации наблюдаются именно при воротной локализации ЭК. Так, при этом чаще развиваются нарушения внутриорганных кровообращения по типу внепечёночной порталной гипертензии и варикозной метаплазии сосудов. Появление подобных осложнений считается весьма неблагоприятным прогностическим признаком. Билиарная дискинезия чревата развитием холестаза со всеми вытекающими отсюда последствиями, кистозной трансформацией внутриорганных жёлчевыводящих протоков, образованием перфорантных жёлчных протоков с исходом в цирроз [10, 11].

Следует отметить, что существующие варианты классификации не отражают указанную специфику эхинококкоза, локализуемого в области функциональных ворот печени. С академической точки зрения это создаёт неудобства для углублённого исследования проблемы.

Цель исследования. Попытка систематизации совокупности академических знаний, накопленных при осложнённом эхинококкозе печени с клинической позиции.

Материал и методы. Настоящий анализ основан на опыте обследования и лечения 942 больных эхинококкозом внутренних органов, лечившихся в отделении общей хирургии ГKB №5 г. Душанбе имени академика К.Т.Таджиева, начиная с 1982 по 2010гг. Диагноз эхинококкоза печени устанавливали на основании клинических, лабораторных и инструментальных диагностических исследований, которые верифицировали с материалами оперативных находок. Из клинико-лабораторных исследований: общие клинические и биохимические анализы, серологические, РЛА, ИФР с качественным и количественным ИК-спектрофотометрическим тестированием и неспецифические иммунологические: ПМЯЛ в пробах ФАН-1 и ФАН-2 (фагоцитарных активных нейтрофилов). При этом исследовали активность ранних и поздних стадий фагоцитарного процесса, а также активность этапов обновления (АЭО). Параллельно исследовали показатели специфического клеточного иммунитета: относительное и абсолютное количество лимфоцитов, лейкоцитов, Т-(Е-РОК) и В-(ЕАК-РОК) и гуморального иммунитета: иммуноглобулины классов IgA, IgM, IgG, IgE, ЦИК по стандартным методикам. Из специальных инструментальных исследований применяли: рентгенологические (-скопия, -графия) исследования брюшной и грудной полостей, лапароскопию, УЗИ, КТ, ЯМР, а также методы математического анализа: объём кисты (V), фертильность (ФЭК), скорость роста (СР) и индекс роста (ИР) эхинококковой кисты.

В отношении каждого исследованного признака осложнения дифференцировались следующие характеристики: проявление (манифестация), клиническое значение, информативность и чувствительность/специфичность по общепринятой методике [5].

Результаты и их обсуждение. В имеющемся в нашем распоряжении клиническом материале мужчин было 404 (42,9%), женщин – 538 (57,1%) в возрасте 14-76 лет.

Одиночные ЭК имелись у 609 (64,65%) больных. Среди них локализация ЭК в правой доле была в 295 (48,5%), левой - в 194 (32,8%) и центральной – 110 (18,7%) наблюдениях.

У 333 (35,4%) больных имелись множественные ЭК. В эту группу мы включили также сочетанные формы эхинококкоза печени и других органов, которые наблюдались у 74 (9,9%) больных. Среди них сочетание эхинококкоза печени+лёгких имелось в 25, печени+селезёнки - 26, печени+забрюшинной клетчатки - 3, печени+почек - 4, печени+полых органов, а также их брыжейки - 14, печени+параректальной клетчатки - 2, печени+правого яичника - 1, вторично диссеминированный - 7 и генерализованный - 3 случаях.

Однокамерный эхинококкоз имелся у 498 (52,9%), многокамерный с наличием дочерних и внучатых пузырей - у 397 (43,3%), рецидивный - у 35 (3,8%) больных.

При определении размеров выявленного ЭК мы ориентировались на объём эхинококковой жидкости, который измеряли во время операции. При этом, кисты размерами до 100мл в объёме имелись у 82 (8,2%), от 100 до 1000мл - у 271 (28,8%), от 1000 до 2500мл - у 249 (26,4%) и свыше 2500мл - у 97 (10,3%) больных. Особо следует отметить, что группируя клинический материал по этому признаку при множественном эхинококкозе, мы исходили из размеров наибольшей кисты, а при сочетанном эхинококкозе - из размеров кисты, локализующейся в печени [12, 14].

Структура симптомов осложнений и характеристика их параметров при использовании современных инструментальных исследований приведена в таблице 1.

В настоящем сообщении нами приведены описание и клиническое значение симптомов, обнаруженных при проведении традиционного рентгенологического исследования в стандартных положениях. Вместе с тем, в литературе приводятся данные о применении методов контрастной рентгенографии. К ним относятся холецисто-холангиография (в т.ч. чрезкожная и ретроградная), селективная ангиография, артериосцинтиграфия, радионуклидное сканирование и пр.). Анализируя клиническое значение этих исследований в настоящем материале мы отметили следующие обстоятельства:

- все указанные исследования обладают достаточно сложным технологическим циклом, что создаёт определённые трудности при их использовании в широкой клинической практике. Применение этих исследований нередко требует от клинициста специальных навыков, соответствующего оборудования и аппаратуры;
- при всех своих достоинствах эти исследования ориентированы на установление факта наличия ЭК, определения её локальных топографических характеристик. Этого не всегда достаточно для определения качественных параметров ЭК, особенно каждой из обнаруженных кист в отдельности (при множественном эхинококкозе);
- в случае обнаружения ЭК и установления его топографических параметров можно одновременно исследовать указанные выше признаки. Описанные симптомы характерны для всех видов рентгенологического исследования.

Следует отметить, что при применении рентгенологического исследования и радионуклидного сканирования мы выявили диагностические ошибки в 19 (12,41%) наблюдениях. Из них в 27 - была обнаружена опухоль печени, а в остальных - поражение её метастазами из других органов. При изучении результатов сканирования (n=24) имелись определённые затруднения в выяснении этиологии объёмных образований небольшого диаметра (до 5-6см).

Диагностическая лапароскопия применена 71 больным. При этом в 6 случаях выявлен цирроз печени, в 1 - эхинококковая этиология острого живота и в 2 - сочетанное поражение печени и селезёнки. Мы также применили лапароскопию 1 больному с прорывом кисты в желчевыводящие пути. При этом была исключена патология жёлчного пузыря как возможная причина механической желтухи и холангита.

При применении УЗИ диагностические ошибки имели место у 13 (8,49%) больных.

Таблица 1

Признаки осложнений эхинококкоза печени при использовании современных клиничко – инструментальных исследований

№ п/п	Название признака	Информативность (%)	Чувствительность (%)
Лучевые (рентгенологические) методы исследования			
1.	Ограничение подвижности диафрагмы	77,7	100,0
2.	Высокое стояние купола диафрагмы	47,7	100,0
3.	Деформация контуров диафрагмы	26,2	100,0
4.	Визуализация контуров эхинококковой кисты	100,0	100,0
5.	Симптом полумесяца	5,0	84,7
Лапароскопическое исследование			
1.	Наличие свободной жидкости в брюшной полости	71,4	97,3
2.	Обнаружение обрывков хитиновой оболочки в брюшной полости	20,45	100,0
3.	Симптом вмятины	4,54	100,0
4.	Обнаружение перфоративного отверстия на поверхности печени	11,36	100,0
5.	Изменение контуров печени	61,36	85,18
6.	Симптом белого пятна	54,53	97,61
7.	Симптом сосудистого клубка	50,0	100,0
Эхо- (УЗИ) и томографическое (КТ, ЯМР) исследования			
1.	Изменение округлости контуров ЭК	24,15	100,0
2.	Одностороннее выпячивание контуров ЭК	26,31	79,21
3.	Формирование ЭК в опале	24,1	98,3
4.	Отслоение фиброзной оболочки или симптом полумесяца	74,51	100,0
5.	Симптомокомплекс перфорации ЭК: - гармошкообразная деформация контуров ЭК; - наличие воздушной прослойки над жидким содержимым ЭК; - отслойка хитиновой оболочки	2,96	43,75
6.	Симптом рыбьей чешуи: - округлая форма; - уплощённая форма	100,0	100,0
7.	Нарушение чёткости контуров и элементов ЭК	47,3	65,8
ИК-спектрофотометрический анализ			
1.	Качественный анализ плазмы крови: - регистрация специфических признаков изменения характера антигенной стимуляции	100,0	100,0
2.	Количественный анализ субстратных смесей РЛА и ИФР: - превышение титра агглютината от 1,496 ед.; - превышение титра преципитата от 2,321ед.	98,9	98,6

Из них в 3 наблюдениях был обнаружен амёбный абсцесс печени, в 8 - доброкачественные и в 2 - злокачественные новообразования печени.

КТ была выполнена в этой группе 44 (28,75%) больным. Наблюдения показывают, что КТ позволяет обнаруживать небольшие и средние кисты независимо от глубины их локализации. Особое значение это обстоятельство имеет при кистах внутриспечёночной локализации, представляющей наибольшие трудности для диагностики. Вместе с тем, в 3 случаях мы наблюдали диагностические ошибки. Во всех этих наблюдениях во время операции обнаруживались доброкачественные опухоли печени.

Проведённые исследования показали, что индивидуальная оценка качественных характеристик ЭК благоприятствует своевременному выявлению большинства осложнений. Это позволяет эффективно использовать определённые виды воздействия в порядке превентивных технических манипуляций на конкретных этапах лечения и реабилитации. В связи с этим, нами разработана классификация осложнений эхинококкоза печени (Рацпредложение, удостоверение №1806, выданное ТГМУ, 1998) [4]. Структура осложнённых клинических форм эхинококкоза печени в соответствии с этой классификацией приведена в таблице 2.

Таблица 2

**Структура осложнённых клинических форм эхинококкоза печени
(по классификации И.Н.Мадалиева с соавт.)**

Наименование осложнений	Кол-во наблюдений (n)	%
Остротекущие		
Разрыв ЭК с прорывом содержимого в:	158	16,8
-свободную брюшную полость	23	14,6
-плевральную полость	2	1,26
-жёлчевыводящие пути	7	4,4
-забрюшинную клетчатку	3	1,9
Напряжённая ЭК краевой локализации	38	4,03
Хронически прогрессирующие		
Напряжённая ЭК кортикальной локализации	10	1,06
Инфекционные осложнения:		
-перифокальное воспаление	7	0,7
-омертвление	48	5,1
-инфицирование	38	4,03
-нагноение	238	25,2
-инволюция ЭК	64	6,8
Трещинообразование	98	10,3
Формирование перфорантных жёлчных протоков	442	46,9
Кальциноз фиброзной оболочки	115	12,2
Петрификация кисты	5	0,5
Парагидатидозные		
Общие		
Механическая желтуха	18	1,9
Гипертермический синдром	30	0,3
Аллергический синдром	21	2,2
Синдром сдавления нижней полой вены	18	1,9
Местные		
Варикозная метаплазия сосудов печени	5	0,5
Цирроз печени	56	5,9
Синдром сдавления полых органов	14	1,5

Выводы:

1. При эхинококкозе печени индивидуальная оценка конкретных качественных параметров ЭК способствует заблаговременному выявлению большинства хронически прогрессирующих и парагидатидозных осложнений. Это позволяет с высокой эффективностью применять превентивные виды вмешательств на конкретных этапах лечения и реабилитации.
2. В свете изложенного, разработанная и предложенная классификация осложнений эхинококкоза печени имеет академическое значение, а также может быть рекомендована к использованию в качестве учётно-отчётных форм медицинской документации в системе практического здравоохранения.

Литература

1. Арипов У.А., Прохорова И.П., Алиджанов Ф.Б. и др. Особенности хирургического вмешательства при эхинококкозе печени, осложнённого механической желтухой/У.А.Арипов [и др.]//Хирургия эхинококкоза.-Хива,1994.-С.56-57
2. Волох Ю.А. Эхинококковая болезнь у людей/Ю.А.Волох//Фрунзе,1957.-215с.
3. Гилевич М.Ю., Князева Г.М., Натрашвили Г.С. и др. Клинико-морфологическое обоснование в выборе метода лечения эхинококкоза органов брюшной полости и забрюшинного пространства/М.Ю.Гилевич [и др.]//Хирургия,1990.-№11.-С.116-121
4. Мадалиев И.Н., Каримов А.М. Классификация осложнённых клинических форм эхинококкоза печени/И.Н.Мадалиев [и др.]//Рацпредложение.Удостоверение №1806, выданное ТГМУ от 1998г.
5. Мадалиев И.Н., Боймуродов О.С., Каримов А.М. Клиническая оценка возможностей инструментальной диагностики осложнённых форм эхинококкоза печени/И.Н.Мадалиев [и др.]//Проблемы гастроэнтерологии,2000.-№1-2.-С.23-26
6. Мадалиев И.Н., Боймуродов О.С., Бободжонов М.Н. и др. Современные возможности клинико-инструментальной диагностики осложнений эхинококкоза печени/И.Н.Мадалиев [и др.]//Методические указания.-Изд-во «Хайём».-Душанбе,2001.-19с.
7. Мовчун А.А., Абдуллаев А.Г., Успенкалиев М.Р. Хирургическое лечение эхинококкоза печени с прорывом в жёлчные пути/А.А. Мовчун [и др.]//Хирургия,2000.-№5.-С.149-156
8. Назыров Ф.Г., Акилов Х.А., Икрамов А.И. Сравнительная оценка радиологически контролируемых лечебных и диагностических вмешательств, при объёмных заболеваниях печени и поджелудочной железы/Ф.Г. Назыров [и др.]//Хирургия Узбекистана,1999.-№2.-С.61-64
9. Петровский Б.В., Милонов О.Б., Дееничин П.Г. Хирургия эхинококкоза/ Б.В.Петровский [и др.]//Медицина.-М.,1985.-216 с.
10. Фёдоров В.Д., Помелов В.С., Вишневский В.А. и др. Хирургическая тактика при эхинококкозе печени/В.Д.Фёдоров [и др.]//Хирургия эхинококкоза.-Хива,1994.-С.32-33
11. Цыбырнэ К.А., Борган М.А., Рывняк В.В. Резекция печени при циррозе-раке/К.А.Цыбырнэ [и др.]//Хирургия,1990.-№3.-С.140-144
12. Bresson S., Vuitton D., Bresson J.L. et al. Etude phenotypique de l'infiltrat cellulaire mononucleé periparasitaire hépatique dans l'échinococcose alvéolaire humaine/S.Bresson [et al.]//C.R.Soc.Biol.,1985.-V.179.-№3.-P.327-330
13. Cohem J.J., Martin F.M., Rossi R.L. et al. Liver abscess. The need for complete gastrointestinal evaluation/J.J.Cohem [et al.]//Arch.Surg.,1989.-V.125.-№5.-P.561-564

14. Dottorini S., Sparvoli M. Echinococcus granulosus: Additional studies on selected sera from seronegative patients with hydatidosis/S.Dottorini [et al.]/-Bol.Jns.Sieroter.-Milan, 1984.-V.63.-№6.-P.513-518
15. Mentorini B., Roche P., Hammani A. La place de la perikistectomie dans le traitement du kyste hydatique du foie/B.Mentorini [et al.]/-Chirurgie,1975.-V.101.-№11.-P.882-884
16. Isaacs R.D., Beeching N.J., Ellis-Pegler R.B. Cystic hydatid disease in Auckland, New Zealand,1967–1982/R.D.Isaacs [et al.]/-Trans.Roy.Soc.trop. Med.Hug.,1987.-V.81.-№5.-P.794-798

ХУЛОСА

ТАСНИФИ ОРИЗАҲОИ ЭХИНОКОККОЗИ ЧИГАР

М.К.Гулов, Д.С.Салимов, Р.А.Турсунов,

Ш.Р.Умаров, О.С.Боймуродов, Н.Г.Қурбонов

Дар мақола таҷрибаи зиёда аз 25 солаи ташхис ва муолиҷаи маҷмӯи 942 нафар бемори гирифтори эхинококки чигар таҳлил карда шудааст. Аҳамияти сарири 21 нишонаи оризаҳои эхинококкози чигар аз рӯи маълумотҳои рентгенологӣ, лапароскопӣ, УЗИ/ТК/ЯМР,ИК – спектрофотометрӣ баррасӣ шуда, дараҷаи иттилоотии онҳо таҳқиқ карда шудааст.

Таснифи оризаҳои шаклҳои саририи эхинококкози чигар тақмил дода шудааст, ки мувофиқи он ба оризаҳои бошиддатгузаранда, авҷирандаи музмин, парагидатидозӣ тақсим карда шудаанд, инчунин аҳамияти академикии онҳо омӯхта шудааст.

SUMMARY

CLASSIFICATION OF LIVER ECHINOCOCCOSIS COMPLICATIONS

M.K. Gulov, D.C. Salimov, R.A.Tursunov, Sh.R. Umarov,

O.C. Boimurodov, N.G. Kurbonov

It has been analyzed more than 25 years experience of diagnostic and complex treatment of 942 patients with liver echinococcosis. Described the clinical meanings of 21 symptoms of liver echinococcosis complications by X-ray, examination (5), laparoscopy (7), US,CT,NMR (7), IR – spectrophotometer qualitative and quantitative analyze (2) and their informative and sensitivity/specificity have been studied. The classification of clinical forms of liver echinococcosis complications was developed according of which there are: acute, chronic-progressive, paragidatodose (local and general) complications and their academical meanings also have been studied.

Key words: liver echinococcosis, hydatid cyst, classification of liver echinococcosis complications

Адрес для корреспонденции:

Дж.С.Салимов - ассистент кафедры общей хирургии №1 ТГМУ; 734003, Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139 E-mail: salimov73@mail.ru