

Курбаниязов З.Б.,
Мамаараджабов С.Э.,
Саттаров Ш.Х.

РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ МЕТОДОВ ВИЗУАЛИЗАЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ РЕЦИДИВНОГО ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Несмотря на большие успехи методов визуализации в современной медицине всё еще довольно часто встречаются трудности в распознавании осложнённого рецидивного эхинококкоза лёгкого (ЭЛ) (1,3,4).

Вопросам диагностики и лечения различных форм эхинококкоза уделяется большое внимание исследователей вследствие широкого распространения этой патологии и эпидемиологической ее значимости (2,5,6). Однако в литературе недостаточно отражены их особенности в случаях наличия рецидивных, множественных эхинококковых кист в легких. Много споров, в частности, ведется в отношении целесообразности и эффективности применения отдельных дополнительных методов исследования (7,8,9).

Целью исследования явилось определить роль и место инструментальных методов исследований в диагностике рецидивного ЭЛ.

Материал и методы. В ходе исследования нами проанализированы случаи рецидивов после однократных или многоэтапных вмешательств ЭЛ. С 1996 по 2011 г.г. в клинике СамГосМИ проведено 150 однократных или многоэтапных оперативных вмешательств с ЭЛ. При этом учитывали такие показатели рецидива ЭЛ как первичный или повторный рецидив, одиночность или множественность поражения легких ЭК, а также частота повторного рецидива.

Из 150 больных с первичным ЭЛ было выявлено у 137 (91,3%), рецидивный ЭЛ обнаружен у 10 (6,7%), повторный рецидивный ЭЛ – у 3 (2%) (Табл.1). Так, из 150 больных 13 (8,7%) обратились с рецидивом заболевания, причем в 3 (2%) наблюдениях у больных с двусторонним эхинококкозом на стороне множественного поражения. Мужчин было 6, женщин – 7.

Таблица 1. Показатели рецидива заболевания больных с ЭЛ.

Группа с ЭЛ	Первичный эхинококкоз		Первичный рецидив		Повторный рецидив		Всего рецидива	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Итого (n=150)	137	91,3%	10	6,7%	3	2%	13	8,7%

Из 137 пациентов оперированных с первичным ЭЛ в нашей клинике только у 5 (3,6%) впоследствии развились рецидивы заболевания. Мужчин было 3, женщин -2. После первичных ЭЭ из легкого первичный рецидив заболевания выявлен у 4, а повторный рецидив наблюдался у 1 больного. Остальные 8 (5,8%) пациентов с рецидивным ЭЛ были оперированы по месту жительства.

Необходимо указать тот факт, что из этих 5 пациентов оперированных в нашей клинике в указанном выше периоде 3 больных не адекватно принимали послеоперационную медикаментозную антигельминтную терапию, а двое из них не соблюдали диспансерный режим.

Одиночные рецидивные (первично-одиночные) ЭК выявлены у 8, множественные (первично-множественные) у 4 больных. После первичной операции больные обратились в разные сроки после оперативного вмешательства. Первичный рецидив чаще всего встречался первые 2 года, в повторные рецидивы развивались через 2 года (Табл.2).

Таблица 2. Сроки повторного обращения больных с ЭЛ в стационар больных с рецидивным ЭЛ.

Первичный ЭЛ	Первичный рецидив			Повторный рецидив			Итого	
	После 1 года	После 2 лет	После 3 лет	После 1 года	После 2 лет	После 3 лет		
Всего (n=141)	4	4	2	1	1	1	13	100%
Итого	10	76,9%		3	23,1%			

Результат и обсуждение. Обследование больных с рецидивным ЭЛ в предоперационном пе-

риод показал наличие незначительных изменений со стороны общего анализа крови, показателей свертывающей системы и данных других дополнительных методов исследования. Выраженность их зависела от характера поражения органа, числа и размера эхинококковых кист, вида и давности развития осложнений, количества оперативных вмешательств, перенесенных в прошлом по поводу эхинококкоза, их тяжести, частоты возникновения рецидивов заболевания и другие.

Рентгенологическому исследованию (рентгеноскопии и рентгенографии грудной клетки в двух проекциях) подверглись все больные с рецидивным эхинококкозом независимо от характера предъявляемых жалоб (n=13).

Полученные нами данные позволили прийти к выводу, что при рецидивном ЭЛ это наиболее доступный, совершенный и информативный метод инструментальной диагностики. Установить правильный диагноз только на основании его применения удалось у 10 из 13 (76,9%) больных. В 3 случаях для уточнения диагноза потребовалось проведение бронхоскопии и компьютерной томографии. Рентгенологическая картина рецидивного ЭЛ была разнообразной и зависела от вида поражения органов паразитарным процессом, наличия и характера осложнений, сроков поступления больных от начала заболевания. Особенности имеющихся изменений позволили выделить 4 группы больных (n=13):

Первую группу с неосложненным течением заболевания составил 5 (38,5%) пациента. Во вторую группу с симптомами осложнений, связанных с прорывом эхинококковой кисты в бронх вошло 4 (30,7%) больных, в третью группу с нагноением эхинококковой кисты без прорыва в бронх - 2 (23,1%) и в четвертую группу с прорывом эхинококковой кисты в плевральную полость и развитием гидроторакса также 2 (23,1%) больных.

Одним из характерных симптомов в 1-й группе больных явилось наличие округлой или овальной формы гомогенной тени или теней с ровными контурами на фоне выраженного очагового или диффузного пневмосклероза. Кроме того, у 2 пациентов имелись такие симптомы как: наличие инфильтрации в нижнем легочном поле, завуалированность синусов, плевральные шварты, неподвижность правого купола диафрагмы, ее релаксация (Рис.1).

Наши исследования показали, что при рецидивном ЭЛ ранние рентгенологические признаки прорыва эхинококковой кисты в бронх имели место у 6 больных (симптом «полумесяца», «водяной лилии», «свернувшейся мембраны» или «паруса» - Рис.2)

Симптом «сухой кисты» наблюдался у 4 (30,7%) пациентов. Развитие его, в большинстве случаев, было связано с прорывом небольших, центрально расположенных эхинококковых кист легкого в бронх, когда содержимое их вместе с хитиновой оболочкой полностью эвакуируется, полость кисты заполняется воздухом, а фиброзная капсула кисты не спадается из-за спаек с окружающими тканями. Обнаружение симптома «сухой кисты» заставляло проводить дифференциальную диагностику с врожденными кистами, туберкулезными кавернами, хроническими абсцессами легких и др. более редко встречающейся патологией, сопровождающейся возникновением похожей рентгенологической картины. В таких случаях уточнению диагноза способствовали данные анамнеза, клинических и инструментальных методов исследования в сочетании с рентгенографией легких, что позволяло детализировать имеющиеся изменения. У 3 больных в легких были обнаружены толстостенные полости с уровнем жидкости на фоне слабо выраженной перифокальной инфильтративной реакции. Перикистозные инфильтраты (n=5) чаще возникали при инфицировании кисты без прорыва в бронх или в плевральную полость. Рентгенологическая картина их выражалась появлением воспалительной инфильтрации легочной ткани вокруг кисты («перикистозный пневмонит»), усилением ее с появлением лимфатической «дорожки» по направлению к корню легкого - «реакция корня легкого». На фоне этих изменений вокруг эхинококковой кисты часто образуются абсцессы (Рис.3).

Путем комплексного рентгенологического исследования перикистозные абсцессы легких удалось выявить у 2-х больных (сочетание многоосевой рентгеноскопии и рентгенографии с томографией).

Прорыв эхинококковой кисты в плевральную полость отмечен у одного больного. При этом наблюдалось развитие гидроторакса и ограниченной эмпиемы плевры в результате наличия выраженных плевральных сращений. Эти осложнения были наиболее тяжелыми и сопровождались выраженной интоксикацией и легочно-сердечной недостаточностью.

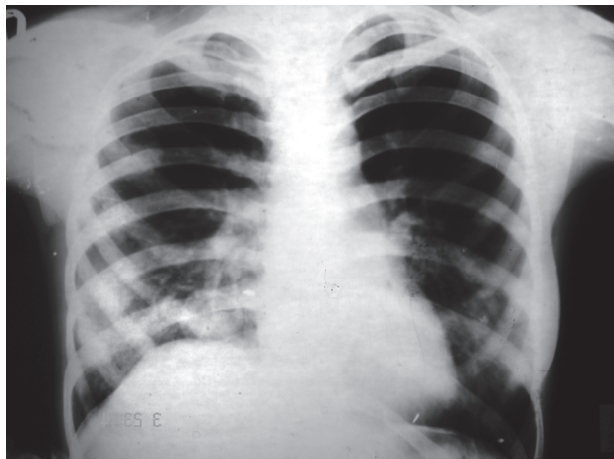


Рис. 1. Рентгенограмма. Рецидивный эхинококкоз правого легкого на фоне выраженного очагового пневмосклероза

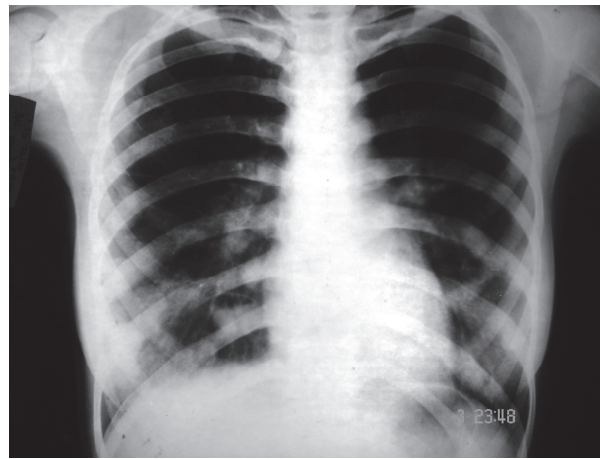


Рис. 2. Рентгенотомограмма. Эхинококковая киста нижней доли правого легкого с прорывом в бронх. Симптом «паруса»

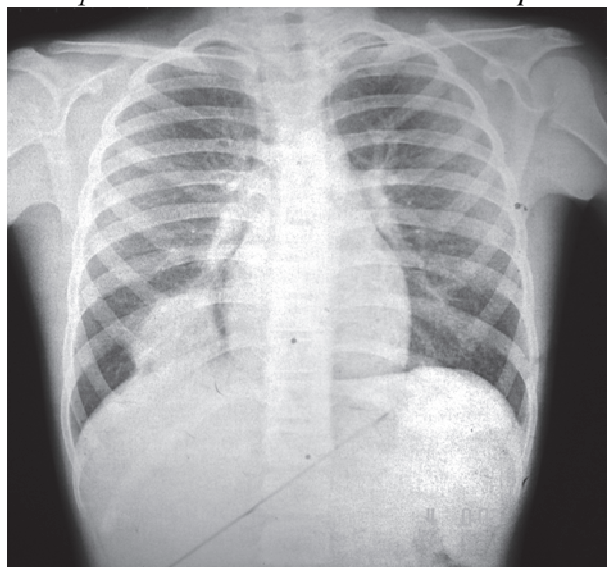


Рис. 3. Рентгенотомограмма. Нагноившаяся рецидивная эхинококковая киста нижней доли правого легкого, с бронхитом и пневмонитом (прямая проекция)

Рентгенологическая картина прорвавшейся в плевральную полость эхинококковой кисты определялась ее состоянием, размерами, локализацией, наличием и величиной бронхиальных свищей. Прорывались в плевральную полость в основном периферические кисты средних и больших размеров, особенно расположенные в нижних отделах легких. Рентгенологическое выявление эхинококковой кисты на этом фоне представляло большие трудности.

Анализ нашего клинического материала показал, что затруднения в диагнозе чаще возникали у больных с рецидивным множественным и двусторонним ЭЛ, когда одновременно в процесс вовлекалась клетчатка средостения, париетальная плевра, а эхинококковые кисты легких имели малые размеры (менее 4-5 см в диаметре) и периферическую локализацию в легочной ткани. Визуализация кист в этих случаях была затруднена наличием реактивного выпотного плеврита, перифокальным воспалительным процессом вокруг рядом расположенной осложненной эхинококковой кисты, выраженностью спаечного процесса в плевральной полости и рубцово-воспалительных изменений в самой легочной ткани в результате ранее перенесенного оперативного вмешательства. В таких случаях эффективным диагностическим методом оказывалась лишь компьютерная томография (КТ).

Компьютерная томография применялась нами у 3 (23,1%) больных с рецидивным ЭЛ. Пре-

имущества компьютерной томографии, по сравнению с обычными методами рентгенологического исследования органов грудной клетки, заключаются в высокой денситометрической и пространственной разрешающей способности, обусловленной получением теней, лишенных суперпозиции, в связи с чем удается получить точную топографическую характеристику патологических образований (локализация, протяженность, отношение к соседним органам без использования инвазивных исследований). Только при помощи томографии во всех 3 случаях при диссеминации процесса, когда эхинококковые кисты малых размеров располагались субплеврально в паренхиме легкого и на поверхности париетальной плевры, удалось дооперационно точно установить характер поражения органов эхинококкозом.

Так, компьютерная томография является наиболее информативным методом исследования в диагностике рецидивного эхинококкоза легких и печени, особенно при сложных видах поражения органов паразитарным процессом.

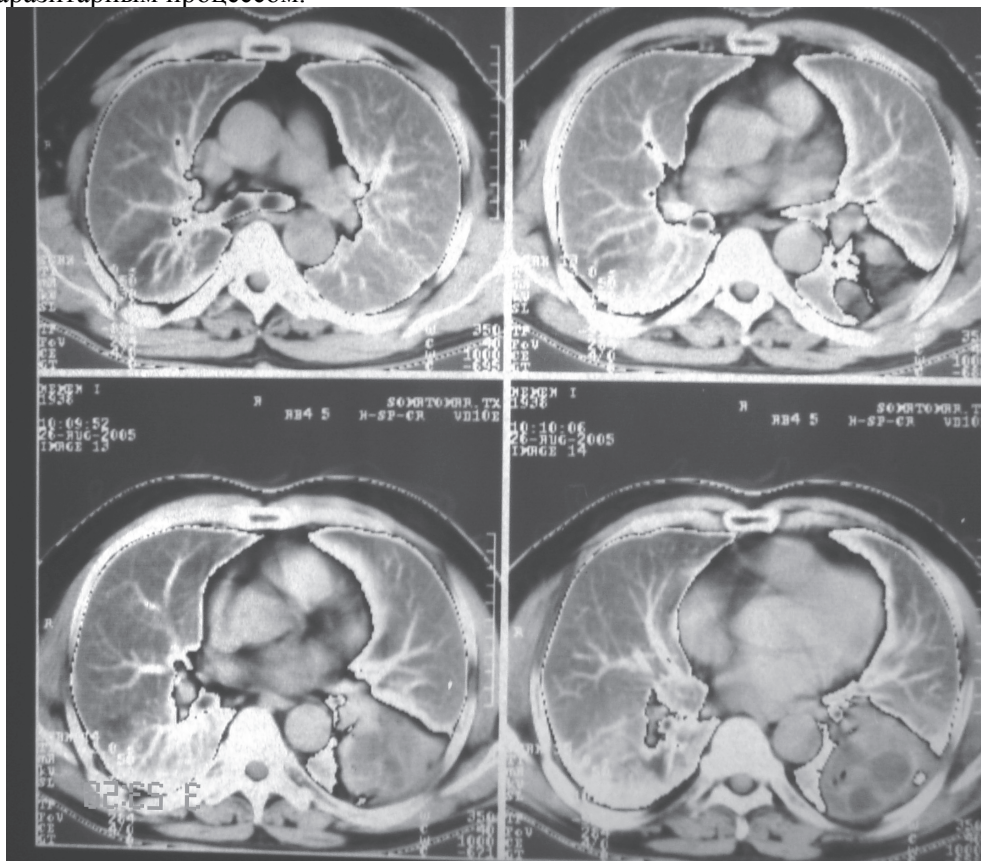


Рис.5. Признаки множественного поражения левого легкого и печени ЭК.

Таким образом, при помощи комплексного рентгенологического метода исследования установить правильный диагноз удалось у 10 (76,9%) из 13 больных с рецидивным ЭЛ, несмотря на наличие склеротических, рубцовых и спаечных процессов в области оперированных органов. Особые трудности возникали при интерпретации рентгенограмм в случаях осложненного течения заболевания, когда имелись двусторонние множественные эхинококковые кисты в легких. Это объяснялось периферической локализацией кист, малыми их размерами, выраженностью послеоперационных изменений в легочной ткани. В этих случаях (n=3) для уточнения количества имеющихся эхинококковых кист, наличия и характера осложнений требовалось проведение не только КТ, но и бронхоскопии.

Осложнённые формы рецидивного ЭЛ сопровождаются различными патологическими изменениями со стороны бронхиального дерева, паренхимы лёгких, плевры, к ним относятся различные виды эндоbronхитов, пневмониты, эхинококковые абсцессы и эмпиемы плевры. Диагностика вышеуказанных осложнений, нередко представляет большие трудности. Фибробронхоскопия позволила нам визуально оценить состояние трахеобронхиального дерева, выявить эндоскопические

симптомы заболевания лёгких и получить материал для цитологического и бактериологического исследований.

С целью уточнения генеза отдельных плевроролечных осложнений главенствующая роль принадлежала видеоторакоскопии. Данный метод применялся нами с целью дифференциальной диагностики у 3 больных. Проведение видеоторакоскопии у данных больных позволило установить наличие эхинококкового плеврита у 2 и эмпиемы плевры - у 1 пациента. Визуальный осмотр плевральной полости во всех случаях показал наличие выраженного спаечного процесса, в результате чего у 2-х пациентов не удалось продвинуть торакоскоп на достаточную глубину и непосредственно осмотреть осложнившиеся эхинококковые кисты. У одного больного найти опорожнившуюся в бронх эхинококковую кисту нижней доли правого легкого удалось только благодаря ее близкому прилеганию к боковой поверхности костальной плевры, что позволило установить наличие симптома «сжатого мяча», другую большую неосложненную напряженную кисту того же легкого выявить не удалось.

Вышеприведенные данные позволили нам сделать вывод, что применение видеоторакоскопии в диагностике рецидивного ЭЛ не рационально ввиду малой его информативности. Особая выраженность спаечного процесса в плевральной полости, особенно при осложненном течении заболевания и наличии в анамнезе неоднократных оперативных вмешательств на легких, приводит к объективным техническим трудностям его исполнения.

Вывод. Таким образом, на существующий до сих пор рецидивы, реинвазии ЭЛ указывают на недостатки в диагностике и лечении больных с эхинококкозом, но в большей мере говорит о неблагоприятной эпидемиологической ситуации в Республике. Это диктует необходимость активизировать профилактические мероприятия: санитарно-просветительную работу среди населения, контроль над численностью бродячих собак, усиление ветеринарного надзора за убоем скота, продажей мясных изделий и т.д.

В отношении ценности инструментальных методов исследования нами были получены данные, указывающие на то, что основную роль в дооперационной диагностике рецидивного ЭЛ играет комплексный рентгенологический метод исследования, включающий многоосевую рентгеноскопию, рентгенографию грудной клетки в двух проекциях. Анализ накопленного клинического материала позволил прийти к выводу, что при рецидивном ЭЛ это наиболее доступный, совершенный и информативный метод инструментальной диагностики. В диагностически затрудненных ситуациях для уточнения диагноза целесообразно проведение бронхоскопии, КТ и видеоторакоскопии.

Послеоперационное наблюдение больных и назначение соответствующих курсов антигельминтной терапии сводит к минимуму число рецидивных форм ЭЛ.

Использованная литература:

1. Альперович Б.И., Мерзликин Н.В., Сало В.Н. Хирургические вмешательства при эхинококкозе и пути профилактики рецидивов// *Анналы хирургической гепатологии*, 2005.- т.10,-№2.-С.98
2. Журавлева Н.А. Мониторинг распространения эхинококкоза в Республике Узбекистан// *Проблемы биологии и медицины*, 2004.-№1.-С.30.
3. Исмаилов Д.А., Гафуров З.К., Акилова Д.Н. Тактика хирургического лечения эхинококка легкого, осложненного прорывом в бронх// *Хирургия Узбекистана*, 2001.-№3.-С.32.
4. Исмаилов Д.А., Алимов М.М., Турсунов Н.Т. Химиотерапия эхинококкоза легких// *Хирургия Узбекистана*, 2007.- № 3.-С.73.
5. Каримов Ш.И., Кротов Н.Ф., Ким В.Л., Мамараджабов С., Ганиев Ш.А., Рихсиев И.Т. Хирургическая тактика при сочетанном и множественном эхинококкозе легких и печени. *Анналы хирургической гепатологии*. 2005; том 10.-№2.-С.112.
6. Кротов Н.Ф., Ганиев Ш.А., Арустамова М.Н., Алимухаммедова Д.К., Зубкова Е.С.. Алгоритм диагностики эхинококкоза печени и легких. *Хирургия Узбекистана*, 2001.-№3.-С.14.
7. Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Махмудов У.М. Спорные вопросы и причины повторных операций при эхинококкозе// *Анналы хирургической гепатологии*, 2007. -т.12.-№1.-С.29-35.
8. Chatelain E., Hardy K., Guigay J., Tramond B., Pons F., L'her P., Jancovici R. Thoracoscopic treatment of pulmonary hydatidosis: a case report// *Revue de pneumologie clinique*, 2000; Vol. 56 (3), Vol. 205-8.
9. Dakak M., Genc O., Gurkok S., Gozubuyuk A., Balkanli K. Surgical treatment for pulmonary hydatidosis (a review of 422 cases), 2002 Oct; 47(5):689-92.