



## ЭХИНОКОККОЗ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С РЕДКИМИ ЛОКАЛИЗАЦИЯМИ

Хасанов Р.А., Мусаев А.И.

*Ошская межобластная объединенная клиническая больница, г. Ош,  
Городская клиническая больница № 1, г. Бишкек, Кыргызстан*

**Резюме.** В работе представлены примеры сочетанного поражения эхинококкозом легких и редких локализаций. В диагностике предпочтение отдано лучевым методам исследования. Показана целесообразность выполнения эхинококкэктомии первым этапом из легких при сочетанных поражениях.

## ӨПКӨНҮН ЭХИНОКОККОЗУ ЧАНДА УЧУРООЧУ ЖАЙЛАР МЕНЕН БИРДЕЙ ЖАБЫР ТАРТКАНДА

Хасанов Р.А., Мусаев А.И.

*Ош шаарындагы Ош областтар аралык бириккен клиникалык ооруканасы,  
Бишкек шаарындагы №1 шаардык оорукана, Кыргызстан*

**Корутунду.** Жүргүзүлгөн иште авторлор өпкөнүн эхинококкозу жана өтө чанда учурай турган жерлердин бирдей жабыркаганын көрсөтө алышкан. Жабыркаган жерлерди нур берүү жолу менен издеп табууну туура деп табышкан. Бирдей жабыр тарткан органдарды дарылоодо биринчи этапта өпкөнүн эхинококкозун алгач алып салып дарылоо максатта ылайыктуу деп табышкан.

## HYDATID DISEASE OF LANGS IN COMBINATION WITH RARE LOCALIZATIONS

R.A. Hasanov, A.I. Musaev

*Osh interregional united clinical hospital, Osh city  
City hospital #1, Bishkek city, Kyrgyzstan*

**Resume.** The examples of combined lesion by hydatid disease of lungs and rare localization are presented in the work. Preference in the diagnosis was given to radiation methods of investigation. The reasonability of the implementation of an echinococcectomy is pointed out as the first phase out of combined lesioned lungs.

**Введение.** Эхинококкоз, являясь тяжелым паразитарным заболеванием, продолжает оставаться серьезной медицинской и социальной проблемой в связи с большим числом больных и существованием эндемических районов. В последнее время отмечается тенденция к распространению эхинококкоза не только среди людей, занимающихся животноводством, но и среди городского населения, что связано в значительной степени с возросшей миграцией сельского населения в города, низким уровнем диспансеризации населения, нерешенными социально-экономическими и санитарно-эпидемиологическими проблемами [1,2,6].

В отношении возбудителя заболевания, эпидемиологии и патогенеза эхинококкоза достигнуто единство взглядов эпидемиологов, патоморфологов, патофизиологов и клиницистов. Как известно, эхинококкоз – пероральный биогельминтоз, зооноз. Возбудителем заболевания человека является *Echinococcus granulosus*. Ин-

вазия происходит алиментарным путем. Самой частой локализацией паразита является печень — от 50 до 80%, несколько реже поражаются легкие — от 6 до 40%. Эхинококкоз других органов — грудной и брюшной полостей (за исключением печени и легких), мочеполовой системы, опорно-двигательного аппарата, головного и спинного мозга — относится к редкой локализации паразита, на долю которого приходится до 25% патологии [3,4,5,7].

**Цель работы.** Определить особенности хирургической тактики при эхинококкозе легких в сочетании с редкими локализациями.

**Материал и методы.** С 1990 по 2008 гг. под нашим наблюдением находились 11 больных (6 мужчин, 5 женщин) с эхинококковыми кистами легких в сочетании с редкими локализациями. Возраст больных варьировал от 15 до 50 лет. Эхинококковые кисты выявлены в следующих органах и анатомических областях: по 1



в головном мозгу, шейных и грудных позвонках, на ушке сердца, средостении, малом тазу, мягких тканях грудной стенки и нижней конечности, забрюшинном пространстве, в 2 случаях в селезенке.

В диагностике использовано рентгенографическое, ультразвуковое (УЗИ), компьютерно-томографическое (КТ) и ядерно-магнитно-резонансная томографическое (ЯМРТ) исследования.

**Результаты и их обсуждения.** В нашей практике в 7 случаях больные поступили в стационар с установленным эхинококкозом легких, а редкие локализации обнаружены в стационаре. В 4 случаях с редкими локализациями эхинококкоза, в легких киста обнаружена при дополнительном исследовании в амбулаторных условиях.

Основным методом диагностики заболевания при редких локализациях является УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства и мягких тканей. Этот метод позволяет с достоверностью до 93% выявить локализацию и количество кист. Другие инструментальные методы: рентгенологические (ирригоскопия, экскреторная урография, пневмоперитонеум, ретропневмоперитонеум), эндоскопические (лапароскопия, цистоскопия, фиброгастродуоденоскопия, ректороманоскопия) — применяются на этапе уточнения диагноза, при дифференциальной диагностике с непаразитарными или онкологическими заболеваниями.

В диагностическую практику в последние годы внедрена рентгенокомпьютерная томография (РКТ), позволяющая судить о локализации эхинококковых кист и стадии жизнедеятельности паразита с достоверностью до 98%.

Клинические проявления эхинококкоза зависят от размеров и локализации кист. Наряду с механическим воздействием кисты на окружающие ткани, также отмечается токсический эффект.

Из 11 случаев у 7 больных был неосложненный эхинококкоз легких. У этих больных наблюдались следующие сочетания локализации кист: у 4 больных кисты локализовались в нижней доле правого легкого в сочетании с селезенкой, малом тазу, забрюшинном пространстве и грудной стенке, у 1 больного в нижней доле левого легкого и селезенке, в 1 случае в верхней доле правого легкого и шейных позвонках, а другом случае в верхней доле левого легкого и головном мозгу. В 4 случаях была осложненная форма эхинококкоза легких: в 1 случае — нагноившаяся киста верхней доли правого легкого и средостения, в 1 случае — прорвавшаяся киста в бронх средней доли правого легкого и ушко сердца, в 2 случаях нагноившиеся кисты нижней доли левого и правого легких сочетались с локализацией кист в мягких тканях правого бедра и грудных позвонков. Эхинококкоз головного мозга, средостения, шейных и грудных позвонков установлены при компьютерно-томографическом исследовании. Эхинококкоз на ушке сердца оказался интраоперационной находкой, а в органах брюшной полости и мягких тканей обнаружены с помощью УЗИ.

Основные жалобы и клинические проявления в сочетанных поражениях эхинококкозом были со стороны органов дыхания, особенно при осложненных формах заболевания. Больные предъявляли жалобы на кашель,

боли в грудной клетке, похудание. При нагноившихся и прорвавшихся в бронх эхинококкозах кашель сопровождался выделением обильной жидкой пенистой мокроты, иногда обрывками хитиновой оболочки, повышением температуры тела. В анализах крови часто наблюдалась анемия и эозинофилия. Клинические признаки церебрального эхинококкоза во многом сходны с клиническим проявлением опухоли головного мозга. Течение болезни характеризуется наличием как общемозговой (головные боли, тошнота, рвота), так и фокальной (парциальные эпилептические припадки, легкий гемипарез, дисметрия) симптоматики. У больного на глазном дне отмечался застой диска зрительного нерва. На ЯМРТ изображениях паразитарная киста, которая локализовалась в правом полушарии головного мозга, определялась в виде округлого жидкостного образования, плотность которого соответствовала плотности цереброспинальной жидкости. Одним краем киста плотно прилежала к лобной кости, не вызывая изменений костной структуры. На T1-взвешенных изображениях капсула выявлялась в виде гиперинтенсивного канта вокруг кисты, тогда как на T2-взвешенных изображениях она была гипоинтенсивна.

При локализации эхинококковых кист в органах брюшной полости характерных симптомов не было. У больной с локализацией эхинококковой кисты в передне-верхнем средостении были жалобы на чувство удушья и сдавливания в области грудной клетки. Подкожные вены на передней поверхности шеи и плечевого пояса были расширены, имелась отечность.

Единственным радикальным методом лечения эхинококкоза является хирургический. Несмотря на достигнутые успехи, лечение эхинококкоза редких локализаций до последнего времени представляет значительные трудности.

В нашей практике во всех случаях больные были прооперированы. При сочетанной локализации эхинококкоза в органах грудной клетки, селезенки и на грудной стенке кисты удалены одномоментно. В 2 случаях с поражением селезенки была произведена спленэктомия. В остальных случаях выполнены двух этапные операции: сперва удалена киста из легкого, а вторым этапом из других органов и анатомических областей. Основным моментом операции является удаление паразитарной кисты без поражения ее оболочек, так как содержимое эхинококковой кисты чрезвычайно аллергично и разрыв оболочек может вызвать анафилактический шок вплоть до летального исхода.

Во всех случаях диагноз был подтвержден гистологически.

**Заключение.** Таким образом, в диагностике эхинококкоза легких в сочетании с редкими локализациями высокоинформативными являются УЗИ, КТ и ЯМРТ. Правильный предоперационный диагноз представляет огромное значение для выбора тактики лечения. При сочетании поражения эхинококкозом первым этапом выполняется спленэктомия из легких, так как в данной локализации наиболее часто наблюдаются осложнения.





ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акматов Б.А. Эхинококкоз.- Бишкек: Кыргыз-полиграфкомбинат, 1994. - 158 с.
2. Акылбеков И.К., Акматов Б.А., Джоробеков А.Д., Кенжаев М.Г., Мусасев А.И., Омурбеков Т.О. Диагностика и хирургическое лечение эхинококкоза.- Бишкек, 2003.-360с.
3. Ахунбаева Н.И. Еще раз об эхинококкозе //Развитие хирургии в Кыргызстане.- Бишкек, 1994.- С. 63-66.
4. Диагностика и лечение полиорганного эхинококкоза / Г.В. Павлюк, К.А. Цыбернэ, Л.Г. Андок и др. //Анналы хирургической патологии.- 2005.- Т. 10, №. С. 125-126.
5. Dören H.B., Özcanlı H., Boluk M. et al. Unilocular orbital, cerebral and intraventricular hydatid cysts; CT diagnosis // Neuroradiology. 1993. V. 35. P. 149-150.
6. Chen W.Q. Surgical management of complicated pulmonary hydatidosis // Chung, Hsua. Wai. Ko. Tsa. Chih. 1992. V. 30. P. 216-217.
7. Todua F., Chelishvili M., Miminoshvili D. et al. CT and MRI appearances in cases of Parasitic-disease of the brain /European Congress of Radiology. Vienna: Austria, 1999. P. 55.