

И. Х. ГЕВОРҚЯН, Э. С. МАРТИҚЯН

### Օ МНОЖЕСТВЕННОМ ЭХИНОКОККОЗЕ У ЧЕЛОВЕКА\*

Эхинококкоз для республик Закавказья всегда являлся актуальной проблемой, которой за последние 40 лет было посвящено множество со-  
вещаний, конференций и съездов.

В последнее время, наряду с некоторым уменьшением в республиках Закавказья эхинококкоза, отмечается и ряд особенностей в клиническом течении этого заболевания. Прежде всего изменилась закономерность в локализации эхинококка у человека: уменьшилась печеночная локализация паразита за счет увеличения других локализаций, в частности легочной. Во-вторых, заметно снизился процент осложненного эхинококкоза и летальность от него. Наконец, в-третьих, мало изменились возрастные показатели людей, страдающих эхинококкозом. По сравнению с прошлыми годами, процент поражаемости детского населения почти не снизился.

Отмеченные особенности в клиническом течении эхинококкоза обусловлены многими причинами, в частности улучшением экономического благосостояния населения, ростом его культуры, улучшением медицинского и ветеринарного обслуживания населения и др. Однако данные литературы, в особенности материалы, приведенные на VI конференции хирургов Закавказья, свидетельствуют, что эхинококкоз еще достаточно распространен в наших республиках и продолжает оставаться для нас краевой патологией. Если принять во внимание значение эхинококкоза для человека и животных и вред, который он наносит народному хозяйству, то надо согласиться, что и сегодня эхинококкоз остается важной государственной задачей для Закавказских республик. Нет сомнений, что решение этой задачи должно идти только по одному пути—по пути ликвидации эхинококкоза в ближайшие годы. Успешное решение этой задачи требует согласованной работы различных звеньев органов здравоохранения и ветеринарной службы республик Закавказья.

Для хирургической службы одним из важных вопросов в проблеме ликвидации эхинококкоза является вопрос множественного поражения человека этим паразитом. Важность этого вопроса обусловлена значительной частотой и тяжестью течения множественного эхинококкоза, серьезностью возникающих при нем осложнений, трудностями его лечения и большой летальностью. Следует подчеркнуть, что отечественные

\* Из доклада на научной сессии, посвященной вопросам изучения и борьбы с эхинококкозами человека и животных в Зак. республиках, г. Тбилиси, 4. V 1963 г.

авторы (И. П. Алексинский—1899 г. [1], И. Я. Дейнека—1950 г. [5], А. И. Лебедев—1884 г. [8], Н. И. Напалков—1932 г. [9], В. А. Ратимов—1884 г. [10], В. Токаренко—1896 г. [11], В. Л. Хенкин—1938 г. [12] и др.) своими экспериментальными исследованиями и клиническими наблюдениями внесли определенную ясность в понятие множественного эхинококкоза. В настоящее время, на основании данных литературы и материала собственных клинических наблюдений, мы считаем, что этот вопрос решен. Мы полностью разделяем мнение тех авторов (И. П. Алексинский, Т. Ф. Ганжулевич [2 и 3], Г. А. Дудкевич [6], Н. И. Напалков, В. Л. Хенкин [12] и др.), которые считают, что в механизме возникновения множественного эхинококкоза человека играют роль как первичное заражение яйцами глисты, так и вторичное поражение при нарушении целостности первичной эхинококковой кисты. Первичное заражение может быть однократным и многократным. Нет сомнений, что каждое заражение сопровождается попаданием в организм человека большого количества яиц эхинококковой глисты. Однако, по понятным причинам, только единичные из них могут сохраниться и продолжать свое дальнейшее развитие. С другой стороны, первичное поражение может ограничиться развитием множества кист в одном или сразу в нескольких органах, что связано как с путями попадания яиц в организм человека, так и со способами их распространения в нем. Надо думать, что большая часть сохранившихся и уже начавшихся развиваться эхинококковых зародышей в дальнейшем также гибнет. Весьма интересные экспериментальные исследования Т. Ф. Ганжулевич [3] показывают, что вокруг выводковых капсул и сколексов, как погибших, так и проделывающих пузырчатую стадию, образуются гранулемы. Последние состоят из гигантских и эпителиоидных клеток, а также лимфоцитов, окружающих иногда остатки погибших сколексов. Результаты экспериментальных исследований автора получают свое подтверждение на материале наших клинических наблюдений. Около двух месяцев тому назад нами был оперирован один больной (Х-ян С. А., 30 л., и. б. 327) по поводу гидатидозного эхинококка верхушки правого легкого. Во время ревизии последнего, наряду с эхинококковой кистой величиною с куриное яйцо, расположенной в паренхиме верхушки легкого, пальпаторно были выявлены еще три узелка величиною от гороха до мелкого орешка. Узелки были расположены подплеврально в средней доле легкого и имели гладкую поверхность и эластическую консистенцию. Была произведена алкоголизация двух узелков и удаление третьего для патоморфологического исследования. Микроскопически была выявлена своеобразная гранулема с массой детрита в центре и множеством гигантских клеток, эпителиоидных клеток и лимфоцитов в окружности, а также большим числом эозинофилов. Учитывая наличие гидатидозного эхинококка легкого, а также сходство микроскопической картины гранулемы со структурой гранулемы, описанной Ганжулевич при экспериментальном эхинококкозе легких, эхинококковая этиология гранулемы у нашего больного, по нашему мнению, не вызывает сомнений. Можно думать, что гранулемы эхинококкового происхожде-

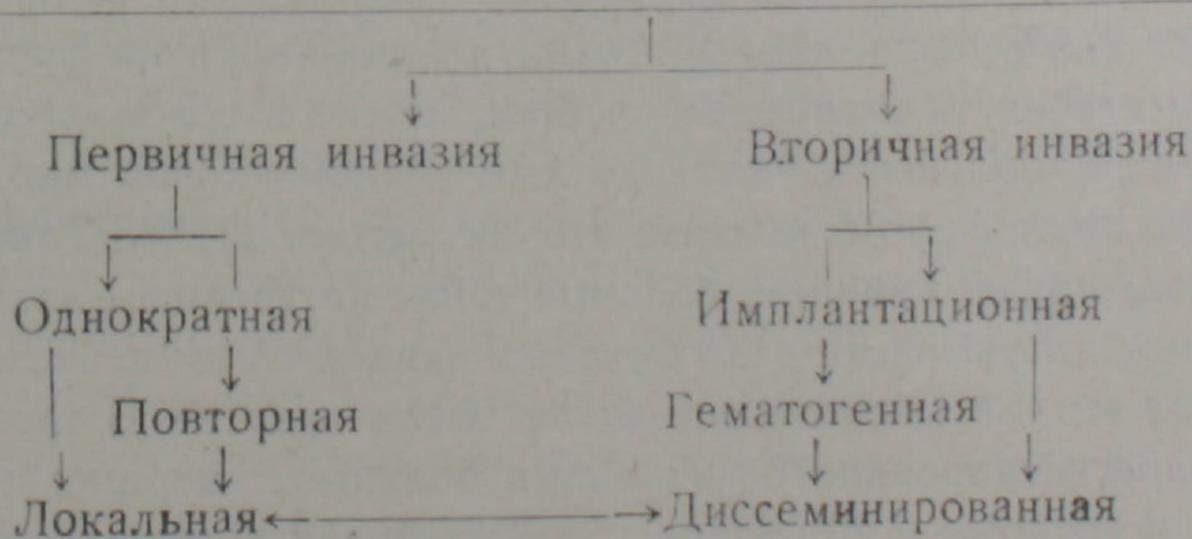
ния встречаются гораздо чаще, однако правильно не распознаются, ибо о них мы пока мало знаем.

Таким образом, мы склонны считать, что первичная инвазия эхинококкоза человека бывает множественной, однако приводит к развитию только единичных кист. Ввиду отсутствия иммунитета и возможности повторных инвазий, со временем у человека может появиться множество таких кист, расположенных в различных его органах и тканях и имеющих различные размеры.

Что же касается вторичной инвазии множественного эхинококкоза человека, то на основании анализа большого материала клинических наблюдений, изучения отдаленных результатов оперативного лечения наших больных и данных литературы мы считаем, что вторичная инвазия возникает из первичной эхинококковой кисты, как правило, при нарушении целостности последней. Клиническая практика показывает, что основным источником вторичной инвазии у человека является эхинококкоз печени и легких, т. е. органов, чаще всего поражаемых первичным эхинококкозом. Вторичное заражение человека множественным эхинококкозом происходит или путем имплантации дочерних пузырей и сколексов в ткани, или гематогенным путем. Имплантация обычно имеет место в пределах той анатомической области, где локализована первичная эхинококковая киста, как, например, развитие эхинококкоза брюшной полости и легких при нарушении целостности эхинококковой кисты печени и легкого. Конечно, имплантация может сочетаться и с распространением сколексов по кровеносным сосудам в отдаленные органы и ткани человека. Что же касается вторичной инвазии путем экзогенного образования дочерних пузырей, то нам на большом клиническом и секционном материале ни разу не удалось при микроскопических исследованиях выявить экзогенное образование дочерних пузырей из материнского гидатидозного эхинококка.

На основании вышесказанного нами предлагается следующая схема происхождения множественного гидатидозного эхинококкоза у человека.

#### Схема происхождения множественного эхинококкоза у человека



Представляет определенный интерес вопрос о дифференциальной диагностике множественного эхинококкоза человека различного происхождения. Этот вопрос в литературе не освещен. На основании своего опыта такую дифференцировку мы считаем возможной. Для множест-

венного эхинококкоза, возникшего в результате вторичной инвазии, по нашим наблюдениям, характерно следующее. Наличие в анамнезе оперативного вмешательства по поводу эхинококкоза, симптомокомплекс «острого живота» с явлениями анафилактического шока или данных, указывающих на разрыв эхинококковой кисты легкого (приступ кашля, кровохарканье, выделение бесцветной жидкости соленоватого вкуса с примесью дочерних пузырей и обрывков хитиновой оболочки). Изменение у больных реактивности организма по типу гиперэргии, в частности к белковым препаратам (переливание крови). Наличие большого количества эхинококковых кист, часто небольших размеров и в основном расположенных в одной анатомо-топографической области (брюшная полость) или в одном органе (легкие).

Для множественного эхинококкоза человека, возникшего в результате первичной инвазии, характерно наличие чаще единичных кист, расположенных в различных органах и тканях. У больных этой группы не наблюдается столь измененная реактивность организма, как у больных с вторичным множественным эхинококкозом.

Частота множественного эхинококкоза у человека, по данным различных авторов, колеблется в довольно широких пределах. Так, если в 1930 г. Керопян К. С. [7] на сводном материале в 667 случаях эхинококкоза выявил множественный эхинококкоз только в 5,7% всех случаев, то в 1958 г. Дудкевич Г. А. [6] приводит уже 37,8% множественного эхинококкоза среди 912 больных с эхинококкозом. Рост числа больных с множественным эхинококкозом за последние годы нужно связать с улучшением медицинского обслуживания населения, в частности с проведением массовых обследований. Однако по некоторым республикам за последнее время отмечается уменьшение пораженности населения множественным эхинококкозом. Так, если в Азербайджанской ССР в 1935 г., по данным Даниляка И. Д. [4], множественный эхинококкоз составлял 14%, то, по данным Эфендиева Ф. А. [13], этот процент к 1957 г. снизился до 6,6%.

В Армянской ССР, по нашим данным, на 1672 случая гидатидозного эхинококкоза наблюдалось 177 случаев множественного эхинококкоза, что составляет 10,5%. В клинике же госпитальной хирургии Ереванского медицинского института, материал которой лежит в основе настоящего сообщения, на 250 больных с гидатидозным эхинококкозом множественное поражение имелось у 54 человек, что составляет 21,6%. Таким образом, по данным нашей клиники, больные с множественным эхинококкозом составляют пятую часть всех больных эхинококкозом. На секционном материале это соотношение еще более увеличивается. В прозектурах г. Еревана зарегистрировано 64 вскрытия больных, умерших от эхинококкоза, среди которых у 20 оказался множественный эхинококкоз. Эти данные совпадают с материалом Деве (Dévé) и показывают, что множественный эхинококкоз составляет приблизительно треть всех случаев эхинококкоза, послужившего причиной смерти больных.

По нашим данным, женщины страдают множественным эхинококкозом в два раза чаще мужчин.

Представляют определенный интерес возрастные показатели лиц, страдающих множественным эхинококкозом. В табл. 1 эти показатели обобщены в отношении наших больных.

Таблица 1

Возраст больных множественным эхинококкозом

Возраст в годах	До 10	11—15	16—20	21—30	31—40	41—50	51—60	61 и выше
Число больных	5	10	11	45	45	30	20	6

Как видно из приведенных данных, около 52% всех больных множественным эхинококкозом—лица в возрасте от 21 до 40 лет. Дети до 15-летнего возраста, по нашим данным, составляют 9%. Таким образом, можно сделать заключение, что множественным гидатидозным эхинококкозом страдают люди наиболее трудоспособного возраста.

Что касается локализации множественного эхинококкоза у человека, то наши наблюдения показывают, что у 64% всех больных эхинококкоз имел место в одном органе, а в 36% всех случаев—в двух и более органах. Печень у наших больных множественным эхинококкозом была поражена в 46,3%, легкие—в 14,2%, а прочие органы—только в 3,5% всех случаев. Из приведенных цифр видно, что более чем у половины наших больных множество кист наблюдалось в одном органе.

Количество эхинококковых кист на материале наших клинических наблюдений колебалось от 2 до 70. В литературе известны случаи и большого количества кист у одного больного. Так, Дудкевич Г. А. наблюдал двух больных, у одного из которых было 110, а другого 120 кист. Следует отметить, что у ряда больных мы, как и другие авторы, наблюдали несколько эхинококковых пузырей в одной фиброзной капсуле.

Клиника множественного эхинококкоза весьма пестра и зависит не только от количества кист паразита, живущего за счет организма носителя и вызывающего его истощение, но и от локализации этих кист и возникающих осложнений. Последние при множественном эхинококкозе многообразны и встречаются чаще, чем при одиночном гидатидозном эхинококкозе. Помимо осложнений, обусловленных механическим давлением и инфицированием, при множественном эхинококкозе весьма часто встречаются аллергические реакции, протекающие по типу гиперэргии и возникающие в результате длительной сенсibilизации организма, наступающей при повторных оперативных вмешательствах и разрывах кист паразита. Характерно для множественного эхинококкоза возникновение также ряда дистрофических расстройств, в частности нефропатии и амилоидоз почек. Мы наблюдали ряд больных, в частности молодых, которые в результате длительного страдания множественным эхинококкозом и возникших осложнений стали инвалидами, а в дальнейшем погибли.

Диагностика множественного эхинококкоза часто сопряжена со значительными трудностями, в особенности если в анамнезе больного нет данных о ранее перенесенных по поводу эхинококкоза оперативных вмешательствах или косвенных сведений о имевших место в прошлом нарушениях целостности паразитарной кисты. При диагностике гидатидозного эхинококкоза у человека следует всегда помнить о большой частоте множественного эхинококкоза и тяжести этого страдания. Настороженность к этому заболеванию и всестороннее комплексное обследование больных является основным условием, обеспечивающим своевременную диагностику множественного эхинококкоза. Позволим себе напомнить слова замечательного русского хирурга Н. И. Напалкова, который, говоря о диагностике множественного эхинококкоза еще много лет тому назад, заявил следующее: «Лично я мог тем чаще установить множественность эхинококковых кист, чем более искал их, и убежден, что в более ранних наблюдениях не раз просматривал их, и потому не решаюсь высказать даже положения, что одиночные эхинококковые кисты у человека встречаются чаще множественных»\*.

Учитывая, что множественный эхинококкоз локализуется преимущественно в печени и легких, необходимо эти органы обследовать особенно тщательно. Наш опыт показывает, что в этом отношении заслуживают внимания такие дополнительные методы исследования, как серийная рентгенография, пневмография, холангиография и др.

В настоящее время основным методом лечения множественного эхинококкоза человека является оперативный, который, в отличие от лечения одиночного гидатидозного эхинококка, более сложный. Последнее обстоятельство обусловлено важностью ликвидации всех кист паразита, правильностью выбора хирургической тактики и рядом других условий. «Успех лечения зависит от полноты операции»,—совершенно правильно говорил в свое время Н. И. Напалков\*\*.

Особенно следует подчеркнуть огромное значение современного обезболивания, в частности эндотрахеального наркоза. С практической точки зрения, важным является вопрос выбора очередности оперативного вмешательства при множественном эхинококкозе. Этот вопрос решается просто, когда множество кист имеется в одном органе. Они в пределах возможности подлежат одномоментному или двухмоментному удалению, в частности когда имеется поражение обоих легких. Гораздо сложнее обстоит дело при наличии множества эхинококковых кист в двух и более органах. В этих случаях прежде всего необходимо правильно решить вопрос, из какого органа лучше и безопаснее удалить эхинококковые кисты, чтобы не вызвать осложнений со стороны кист, расположенных в других органах. Этот вопрос особенно важен, когда среди пораженных множественным эхинококкозом органов значатся и легкие, ибо произведенная даже на другом органе операция может повести к

\* , \*\* Н. И. Напалков. „К клинике множественного эхинококкоза“. Сов. Кл., 1932, 99—102, 7—10, стр. 128, 134.

разрыву паразитарной кисты легкого с вытекающими отсюда осложнениями. Мы наблюдали такое осложнение у двух наших больных, один из которых скончался. Мальчик 7 лет поступил в клинику по поводу множественного гидатидозного эхинококкоза печени и легких. Учитывая, что эхинококкоз печени осложнился нагноением, было решено сначала оперировать на печени, ликвидировать в организме гнойный процесс, а потом оперировать эхинококкоз легких. К концу оперативного вмешательства, произведенного под ингаляционным наркозом, у ребенка появился сильный кашель и истечение бесцветной жидкости из носа и рта с примесью пены и крови. Наступила асфиксия, которую удалось ликвидировать с большими трудностями. В излившейся жидкости были обнаружены крючья эхинококка. К сожалению, ребенок через два дня умер от двухстороннего воспаления легких. Поэтому выбор очередности оперативного вмешательства и правильное планирование его содержания при множественном эхинококкозе имеют большое значение и должны проводиться индивидуально с учетом локализации кист, наличия осложнений, общего состояния больных и т. д.

Для своевременного выявления и планового оздоровления больных с множественным эхинококкозом необходимо проводить диспансерный метод обслуживания всех больных эхинококкозом, в том числе уже оперированных. На наш взгляд, это мероприятие будет иметь большое значение и поэтому органы здравоохранения на местах должны заняться указанным вопросом.

Прогноз при множественном эхинококкозе менее благоприятен по сравнению с прогнозом при одиночном гидатидозном эхинококкозе. Наличие ряда изменений в организме этих больных, а также возникающие во время операции и в послеоперационном периоде осложнения (гепатаргия, отек легких, инфекция и др.) способствуют все еще высокой летальности при множественном эхинококкозе. Так, если в Армянской ССР общая летальность при гидатидозном эхинококкозе, без множественного, составляет 7%, то вместе с последним она достигает уже 9%. Летальность же только при множественном эхинококкозе примерно в три раза больше (22%).

Приведенные цифры свидетельствуют о серьезности проблемы множественного эхинококкоза человека. Они лишний раз говорят о важности многосторонней и комплексной борьбы с эхинококкозом, ликвидация которого в ближайшие годы в нашей республике должна стать большой государственной задачей.

Клиника госпитальной хирургии  
Ереванского медицинского института

Поступило 22. V 1963 г.

Ի. Ք. ԳԵՎՈՐԳՅԱՆ, Է. Ս. ՄԱՐՏԻԿՅԱՆ

## ԲԱԶՄԱԿԻ ԷԽԻՆՈԿՈԿԿՈՂԻ ՄԱՍԻՆ ՄԱՐԴՈՒ ՄՈՏ

## Ա մ փ ո փ ու մ

Բազմակի էխինոկոկոզը տարբեր հեղինակների տվյալներով մարդու մոտ կազմում է 5,7% մինչև 37,8%, Հայաստանում 1672 միբշտային էխինոկոկոզի դեպքերից 177 դեպքում դիտվել է բազմակի էխինոկոկոզ, որը կազմում է 10,5%, Երևանի բժշկական ինստիտուտի հոսպիտալ վիրաբուժական կլինիկայի տվյալներով այդ տեղում հասնում է 21,6%:

Բազմակի էխինոկոկոզը մարդու մոտ առաջանում է երկու ճանապարհով՝ առաջնային—երբ էխինոկոկոզի հարուցիչը ախտահարում է մարդուն և երկրորդային—երբ առաջնային ախտահարումից առաջացած էխինոկոկոզի բուշտի ամբողջությունը խաղտվում է:

Հեղինակները տալիս են իրենց սխեման այդ հարցի վերաբերյալ:

Հողվածում նշվում են առաջնային և երկրորդային բազմակի էխինոկոկոզի նշանների, դիագնոստիկայի, բարդությունների և բուժման հարցերը:

Բազմակի էխինոկոկոզի ժամանակ հիվանդի մոտ առաջ են գալիս զանազան բարդություններ (նեֆրոպատիա, անաֆիլաքսիա, ինֆեկցիա), որոնք լրջացնում են այս հիվանդության պրոգնոզը և նպաստում են դեռ բարձր մահացության:

Եթե միբշտանի էխինոկոկոզից Հայաստանում մահացությունը կազմում է 7%, ապա միբշտանի էխինոկոկոզի բազմակի դեպքերի ժամանակ այդ տեղում հասնում է արդեն 22%:

Համարելով էխինոկոկոզը լուրջ պետական նշանակություն ունեցող հարց, հեղինակները խնդիր են դնում նրա լիկվիդացիայի մասին մոտակա տարիներում:

## Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Алексинский И. П. Эхинококк брюшной полости и его оперативное лечение. М., 1899.
2. Ганжулевич Т. Ф. Гидатидозный легочный эхинококкоз. Иваново, 1947.
3. Ганжулевич Т. Ф. Экспериментальный эхинококкоз легких. Сб. работ по гельминтологии. М., 1948, стр. 87.
4. Даниляк И. Д. Материалы к изучению эхинококковой болезни в Азербайджанской ССР. Баку, 1935.
5. Дейнека И. Я. Принципы хирургического лечения множественного эхинококка легких. Вестник хирургии, 1950, 70, 5, стр. 3—7.
6. Дудкевич Г. А. Эхинококковая болезнь. Ярославль, 1958.
7. Керопян К. С. Географічне поширення, анатомічний расподісе эхинококка в СССР. Укр. мед. ахрив, 1931, VII, 2—3, 99—105.
8. Лебедев А. И. Цитировано по И. А. Алексинскому.
9. Напалков Н. И. К клинике множественного эхинококкоза. Советская клиника, 1932, 99—102, т. 18, стр. 127—134.
10. Ратимов В. А. К вопросу о происхождении множественного эхинококка брюшной полости. Врач, 1894, 38, стр. 1037—1041.
11. Токаренко В. Цитировано по И. П. Алексинскому.
12. Хенкин В. Л. К вопросу о множественном эхинококке. Хирургия, 1938, 9, стр. 86—90.
13. Эфендиев Ф. А. Эхинококковая болезнь в Азербайджанской ССР и меры борьбы с ней. Тезисы конфер. патологоанатомов респ. Закавказья. Баку, 1956.