

С. А. ОГАНЕСЯН, В. А. КАРАПЕТЯН

К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМУ РАСПОЗНАВАНИЮ ЭХИНОКОККА ЛЕГКОГО

В отечественной литературе при наличии ряда монографий по хирургическому лечению эхинококка легкого [4, 5, 6, 9 и др.] опубликованных работ, всесторонне обобщающих данные по рентгенодиагностике эхинококка легкого, за последние десятилетия нет.

Частота заболевания эхинококком в различных странах, также как и в различных районах одной и той же страны, неодинакова. Так, по данным И. Я. Дейнека [6], если в Ленинградской, Архангельской областях на каждые 1,5 млн чел. приходится один больной эхинококком, то в Крымской области один больной приходится на 1250 чел. По его же данным, в Армении один больной приходится на каждые 10000 чел.

По мнению Р. О. Еоляна [8], И. Я. Дейнека [6], С. Х. Авдалбекяна [2], Армения занимает первое место среди республик Закавказья по частоте поражения эхинококком. По мнению Р. О. Еоляна, это объясняется социально-бытовыми условиями населения и климатическими условиями республики.

По частоте поражения эхинококк легкого занимает второе место после эхинококка печени. По данным некоторых авторов, в последнее десятилетие на фоне понижения общего числа эхинококкоза легочная локализация эхинококка встречается чаще. На учащение эхинококка легкого почти вдвое еще в 1957 г. указывал В. А. Фанарджян [11], объясняя это рентгенологическим распознаванием. Аналогичного мнения придерживается и ряд других авторов [4, 9 и др.].

Классификация эхинококка легкого нуждается в дальнейшей разработке, т. к. нет единого взгляда по этому вопросу.

Большинством авторов признано деление эхинококковых поражений легких на первичные и вторичные. И первичный и вторичный эхинококк легких могут быть одиночными и множественными. Первичное поражение может произойти одновременно с поражением другого органа—сочетанный эхинококк легких.

При делении клинического течения болезни на фазы, большинство авторов принимает за основу деление по Дьеляфуа на три фазы. 1) начальная фаза—скрытого течения, 2) фаза прогрессирования легочных явлений, 3) разрыв кисты и его нагноение.

Однако даже те авторы, которые придерживаются такого деления [5, 6], считают, что тщательно собранный анамнез почти всегда выявляет наличие невыраженных симптомов и в начале болезни. Поэтому, как указывают авторы, бессимптомность первой фазы надо считать относи-

тельной. Таким образом, разница между первой и второй фазами только количественная, а при третьей фазе уже имеется качественно новое проявление болезни. Исходя из этого, В. С. Гамов [4], В. Н. Штерн [12], А. А. Абражанов [1] и др. в клиническом течении болезни различают только две фазы: 1) фаза нескрывшейся кисты, 2) фаза открытой кисты. Такое деление мы считаем наиболее целесообразным.

Настоящая работа основывается на изучении 132 случаев эхинококка легкого. В 47 случаях имеется подтверждение диагноза: в 28—оперативное, в 19—выхаркиванием элементов эхинококка. Множественный эхинококк легких наблюдался в 16 случаях (около 12%), двусторонний множественный эхинококк легких—в 8, односторонний—в 8, сочетанное поражение легкого и других органов—в 4 случаях.

Осложненные эхинококковые кисты, в том числе и массивные плевро-легочные перикистозные изменения, составляли около 50%. Это примерно соответствует данным, приводимым А. Н. Львовым [9]. По нашим данным, частота поражений мужчин и женщин почти одинаковая, но в литературе по этому вопросу нет единого мнения.

Рентгенологический метод действительно является основным в распознавании эхинококка легкого. Следует отметить, что эффект рентгенологического исследования зависит от фазы заболевания. Эхинококковая киста легкого может достигнуть значительных размеров, вплоть до величины головки новорожденного ребенка.

Клиническая симптоматология этого заболевания скудна и не патогномонична. Обычно наблюдаемые кашель, кровохарканье, стеснение в груди, одышка, иногда температура являются симптомами многих заболеваний органов грудной клетки.

Физикальное исследование как при малых, так и при больших неосложненных эхинококковых кистах легкого не дает оснований к распознаванию заболевания. При малых размерах эхинококка легкого он может не выявляться, при больших—чаще всего определяются феномены, дающие основание думать о наличии жидкости в плевральной полости или опухоли легкого. В подтверждение сказанному приводим историю болезни.

Больной О. С., 32 года, история болезни № 3039. Был направлен из терапевтического отделения поликлиники с диагнозом: правосторонний экссудативный плеврит. При просвечивании грудной клетки и на приведенной рентгенограмме отчетливо определялась округлой формы равномерная тень с четкими контурами диаметром 13 см, расположенная в среднем и нижнем легочных полях правого легкого. Рентгенологический диагноз был подтвержден на операции (рис. 1).

Необходимо отметить, что для распознавания типичного эхинококка легкого, а тем более для осложненного, почти нет ни одного абсолютно достоверного, патогномоничного признака, и диагностировать это заболевание очень трудно. Нам не раз приходилось на основании всестороннего исследования больного переправлять установленный диагноз «эхинококк легкого» на диагноз «периферический рак». С другой стороны, в ряде случаев, где рентгенологическая симптоматология и лабо-

раторные данные не давали оснований думать об эхинококке легкого, при операции определялся эхинококк. Поэтому, как это будет видно из дальнейшего изложения, диагноз эхинококка легкого должен устанавливаться на основании тщательно проведенного, комплексного рентгенологического и клинико-лабораторного исследований.

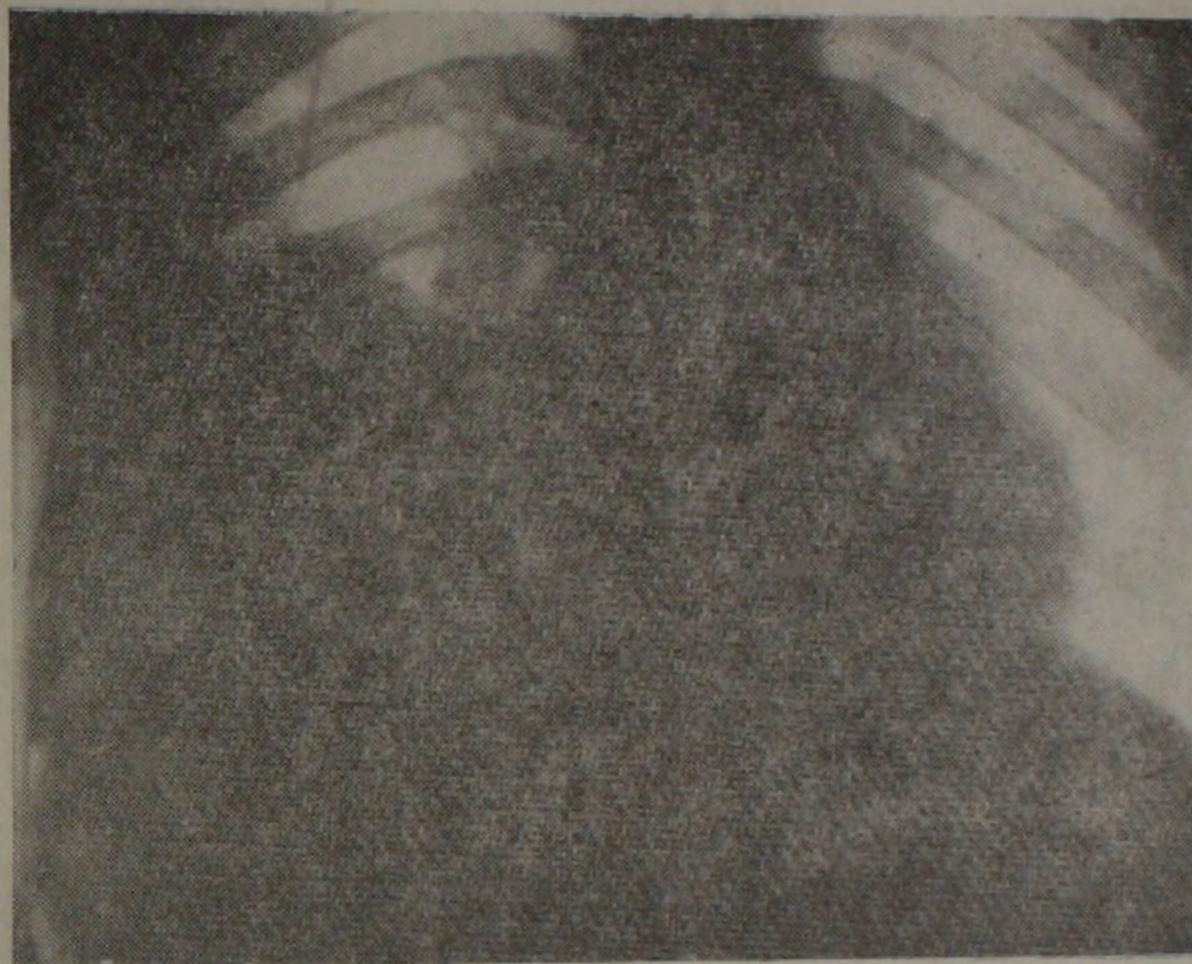


Рис. 1. Округлой формы диаметром 13 см, равномерная тень с четкими контурами в нижнем легочном поле справа. Эхинококк.

Обычно принято считать, что эхинококковая киста легкого в рентгеновском изображении представляется шаровидной или слегка овальной формы тенью с четко очерченными контурами. Монотонность затемнения нарушается лишь некоторым равномерным и постоянным уменьшением интенсивности затемнения от центра к периферии, обусловленным уменьшением толщины поглощающего слоя. Однако даже такая рентгенологическая картина эхинококка легкого имеет различные диагностические трудности. На это указывает и А. А. Штусс [13].

Дифференцировать типичный эхинококк легкого приходится от непаразитарных закрытых кист, заполненных жидкостью, периферического рака, саркомы, одиночного метастаза, доброкачественных опухолей, осумкованных воспалительных процессов, туберкулом, осумкованного плеврита и т. д. Этот перечень указывает на те трудности, с которыми можно встретиться при рентгенологическом распознавании интактного эхинококка легкого.

Тщательный анализ наших рентгенограмм позволяет отметить, что вышеприведенное описание рентгенологической картины неосложненного эхинококка легкого зависит от величины и локализации пузыря в грудной полости. Беспрепятственно увеличившийся пузырь крупных размеров укладывается в рамки приведенного определения. При малых размерах кисты монотонность затемнения ее в рентгеновском изображе-

нии и даже гладкость контуров скрадываются просветлениями легочной ткани и наслоениями сосудистых изображений. Последние иногда симулируют неровность контуров тени в легком.

Одновременно различные плевро-легочные изменения, образующиеся вокруг эхинококка, могут настолько завуалировать истинную клинико-рентгенологическую картину заболевания, что правильное распознавание может быть достигнуто лишь при комплексном, всестороннем исследовании больного, и то не во всех случаях. При образовании спаек между фиброзной капсулой и плеврой появляется симптом, напоминающий «дефект наполнения». Рентгенологическую картину с наличием неровных контуров, неомогенности тени и «дефекта» наблюдали в следующем случае.

Больной В. Г. 39 лет, история болезни № 853. Жалуется на боли в левой половине грудной клетки, тяжесть в груди и сухой кашель. При рентгенологическом исследовании определяется округлой формы не совсем гомогенное затемнение, расположенное в левой прикорневой области ближе кпереди. Неомогенность характера тени и неровность контуров обусловлены просветлениями бронхов и наслоениями изображений сосудов. В боковой проекции округлость формы нарушается значительных размеров дефектом в переднем отделе (рис 2, 3).

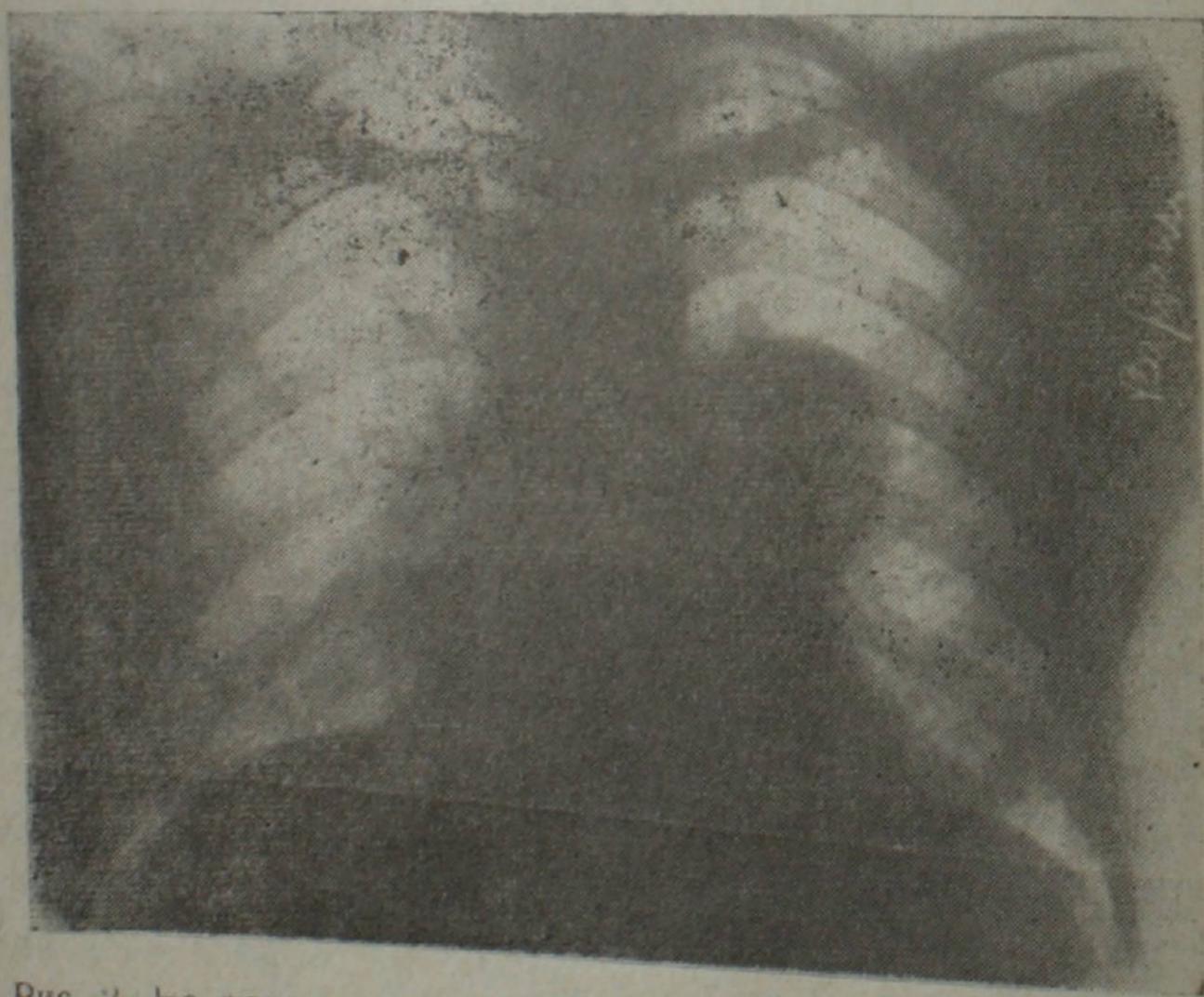


Рис. 2. На фоне округлой тени слева видны просветления бронхов и наслоение сосудистых изображений.

Реакция Казони отрицательная. В картине крови лимфопения (16%), при пятикратном исследовании эозинофилия наблюдалась непостоянно. РОЭ резко повышена — 50 мм/ч. Рентгенологическое заключение: опухоль или эхинококк легкого.

Во время операции обнаружена эхинококковая киста. Соответственно «дефекту» тени обнаружены спайки с передней стенкой грудной клетки.

При учете соответствующих клинико-лабораторных данных и эволюции рентгеновской тени во времени в большинстве случаев можно установить правильный диагноз. Необходимо только помнить, что при диф-

ференциальной диагностике с злокачественными опухолями проводить длительное наблюдение за эволюцией рентгеновской тени не следует, так как опухоль может стать неоперабельной.

Наличие элементов обызвествления в центральных участках рентгеновской тени является показателем доброкачественной опухоли. Быстрый рост, увеличение количества рентгеновских теней, высокая РОЭ, плохое самочувствие больного указывают на злокачественную опухоль или метастазы. Однако ряд авторов, на основании своих наблюдений и литературных данных, указывают на неравномерность темпа роста эхинококковой кисты [3—6, 12 и др.]. Н. В. Антелава описывает случай, где, учитывая быстрый рост округлого образования в легком, был диагностирован рак, а на операции оказался эхинококк легкого.

Большое значение в диагностике эхинококка легкого (при живом паразите) придается внутрикожной анафилактической реакции Казони. Однако при достоверном наличии живого паразита в организме в среднем реакция оказывается отрицательной до 20% случаев (С. Х. Авдалбекян—6,8%, А. Колесов—10—20%, Н. Е. Штерн—35%, В. Н. Штерн—20%). Распознавание осложняется и тем, что иногда при определенных состояниях организма, в том числе при опухолях, реакция Казони может быть положительной, на что указывают Е. Я. Подольская [10], В. Н. Штерн [12], В. С. Львов [9], И. И. Чиждова [14] и др., а также наши наблюдения.

Тем не менее в общем симптомокомплексе исследования больного реакция Казони имеет важное диагностическое значение.

Малая частота эозинофилии при эхинококке и наличие ее при других заболеваниях делают этот признак практически малозначащим. Последнее тем более правильно, что в условиях нашей республики глистные инвазии охватывают значительный процент населения, обуславливая тем самым нередкое наличие эозинофилии в крови.

В распознавании эхинококка легкого определенное место отводится симптому Неменова-Эскудеро, заключающемуся в изменении конфигурации эхинококкового пузыря под влиянием дыхательных фаз. Как на основании собственного опыта, так и данных других исследователей [7], можно отметить, что некоторое изменение конфигурации округлой тени иногда наблюдается и при поражениях, вызванных другими этиологическими факторами, в том числе при кистах непаразитарной природы. По



Рис. 3. Тот же случай в боковой проекции. Округлость формы тени нарушается „дефектом“ в переднем отделе. Операция обнаружила плевральные сращения с эхинококковой кистой.

мнению В. Н. Штерна [12], дыхательные перемещения отдельных участков легкого приводят к изменению положения (наклона), а следовательно, и формальной рентгенологической картины кисты. По его же мнению, характерным в рентгеновской картине эхинококка легкого является полулунное просветление на периферии тени пузыря, вызванное скоплением воздуха между хитиновой оболочкой и фиброзной капсулой носителя. Такой случай мы и наблюдали.

Больная Л. Э., 22 года, жалуется на боли в правой половине грудной клетки, сухой кашель, слабость, головные боли. При рентгенологическом исследовании определялось полукруглое затемнение в нижнем легочном поле справа. У верхнего полюса описанной тени имеется участок просветления в форме полумесяца (симптом полулунного просветления (рис. 4)).

Скопление воздуха может произойти в любом отделе кисты и давать просветление менее отчетливое и более узкое. Эта разновидность

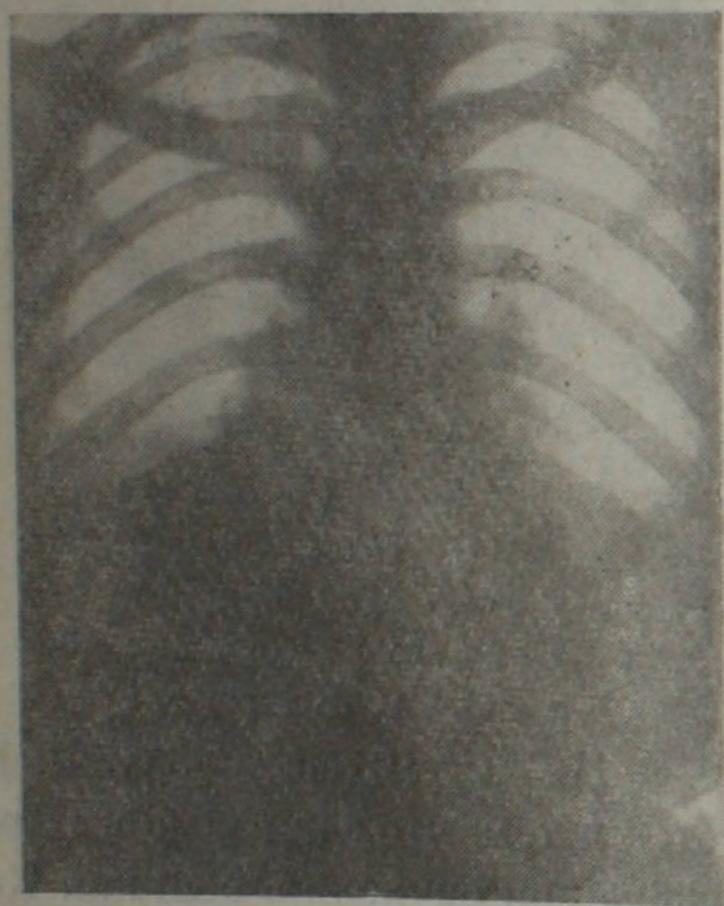


Рис. 4. У верхнего полюса округлой тени определяется просветление в форме полумесяца (симптом «полулунного просветления»).

симптома полулунного просветления, описанная у нас в Союзе впервые В. Н. Штерном [12], известна как симптом «отщепления» оболочки.

Некоторые авторы [4, 12] рассматривают описанные симптомы — «полумесяца» и «отщепления оболочки» — как грозные признаки, указывающие на возможность прорыва эхинококка в бронх. Однако прорыв при наличии этих симптомов наблюдается не всегда, а сами симптомы встречаются не так часто. На нашем материале эти симптомы наблюдались в 12% случаев.

Прорыв эхинококковой кисты в бронх может сопровождаться полным выхаркиванием содержимого кисты и ее оболочки с образованием пневмокисты. Может быть прорыв с частичным выхаркиванием содержимого с образованием гидropневмокисты с возможным нагноением в дальнейшем. В таких случаях течение ее сходно с абсцессом легкого.

Частичная эвакуация содержимого пузыря, наряду с проникновением воздуха в полость кисты, может сопровождаться и поступлением его в околопаразитарную щель с отслоением части оболочки. При этом наблюдается своеобразная картина, называемая симптомом «двойной арки». Этот симптом встречается очень редко. После прорыва кисты сморщенная оболочка ее может располагаться на дне полости. Часть мембраны при этом может полностью не опускаться в жидкость и вырисовываться в виде волнистой линии над жидкостью.

Приводим такое наблюдение.

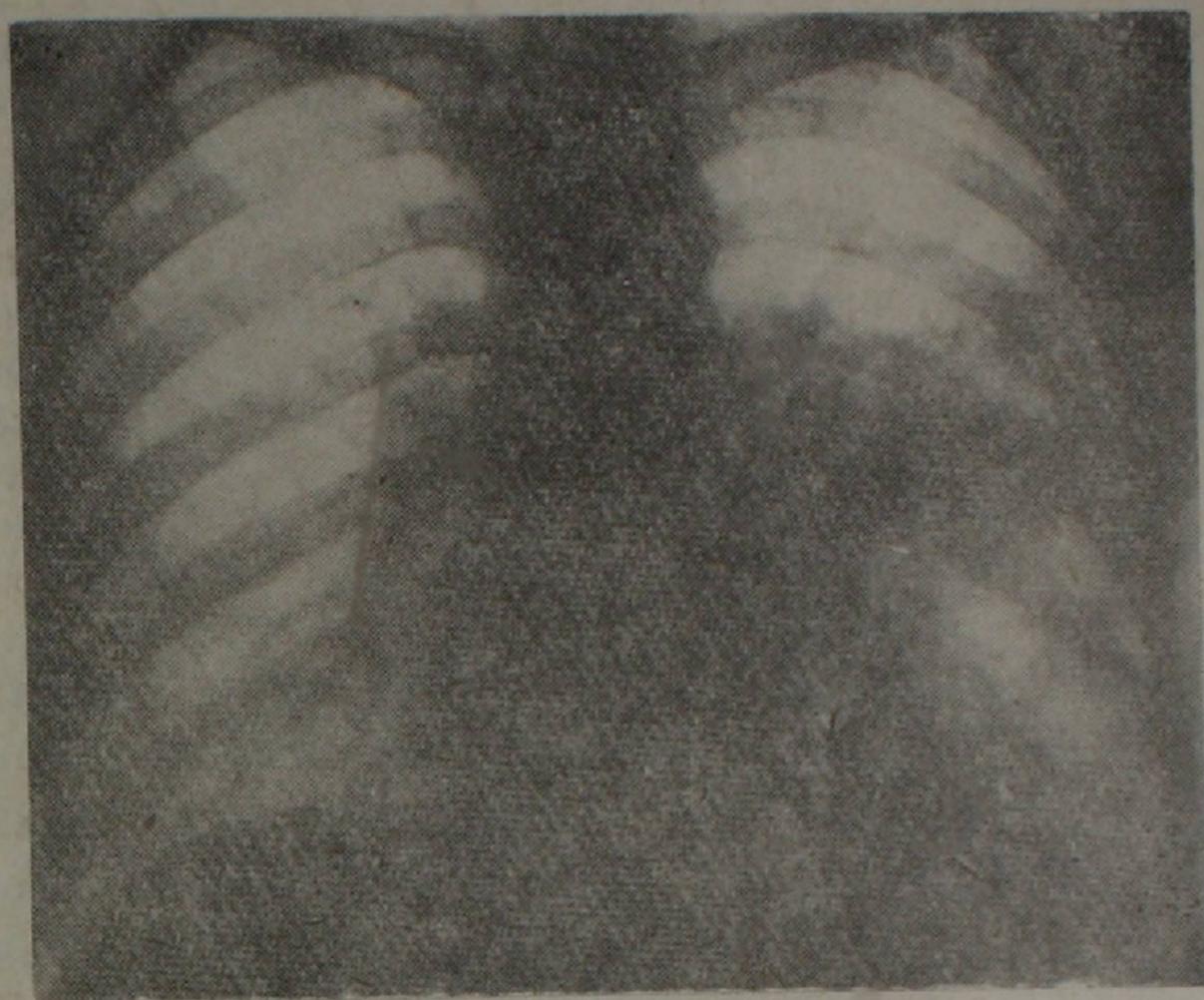


Рис. 5. На уровне II—III межреберий слева полость с горизонтально направленным волнистым уровнем. Другое неправильной овальной формы затемнение над диафрагмой слева.



Рис 6. Тот же случай в боковой проекции.

Больная Х. Е., 30 лет, история болезни № 527. Жалуется на боли в левой половине грудной клетки, кашель с мокротой, иногда с кровью, на слабость, похудание. Считает себя больной 1,5 года. Начало болезни острое, с высокой температурой. Кровь в пределах нормы.

При рентгенологическом исследовании обнаружено неправильной округлой формы затемнение в прикорневой зоне слева, между II—IV ребрами, с неровными нечеткими контурами. В пределах затемнения имеется полость с горизонтально направленным волнистым уровнем. При перемене положения больной содержимое полости медленно передвигается, принимая вновь горизонтальное направление (симптом «плавающей оболочки» (рис. 5,6)). Другое затемнение неправильно овальной формы имеется над диафрагмой слева, ближе кзади. Предположение о множественном эхинококкозе левого легкого с частичным опорожнением одной из кист было подтверждено после оперативного удаления легкого.

В силу экспансивного характера своего роста эхинококк легкого раздвигает и смещает в стороны расположенные вокруг элементы тканей, в том числе и бронхи.



Рис. 7. На бронхограмме определяется значительное смещение в сторону язычкового и верхнедолевого бронхов и их разветвлений. Эхинококк. (Операция).

На приведенной бронхограмме определяется значительное смещение в стороны язычкового и верхнедолевого бронхов и их разветвлений (рис. 7). Диагноз эхинококка легкого подтвержден при операции (история болезни № 13995).

Однако в силу ряда условий растущая эхинококковая киста может привести к сдавлению бронха и ателектазу легочной ткани. Подобные изменения значительно затрудняют диагностику. Мы наблюдали два случая эхинококка легкого, осложненного ателектазом*, подтвержденного при операции.

Значение сетчатого рисунка вокруг округлого легочного затемнения в диагностике периферического рака общеизвестно. С этой точки зрения интересно отметить, что в одном из наших наблюдений при наличии соответствующих клинико-лабораторных данных и сетчатости вокруг округлого образования операция выявила нагноившийся эхинококк. В другом случае атипичность рентгеновской картины вызвана перифокальными плевро-легочными изменениями.

Больной А. Г., 25 лет. На передней рентгенограмме определяется пневмониоподобная тень с нечеткими контурами в нижнем легочном поле слева, непосредственно над диафрагмой. В боковой проекции на фоне плевральных изменений выявляется задний дугообразный контур затемнения в нижней доле (рис. 8 и 9). На основании наличия в воспалительных изменениях эхинококка легкого, что и подтвердилось на операции.

* Известия Академии наук АрмССР (биол. н.), 1952, т. V, 11, стр. 94.



Рис. 8. Над диафрагмой слева видна пневмоподобная тень с нечеткими контурами.



Рис. 9. Тот же случай в боковой проекции. Определяется задний дугообразный контур затемнения. Эхинококк легкого (операция).

В ы в о д ы

1. Изучение распознавания эхинококка легкого, особенно в областях и республиках, где это заболевание является краевой патологией, представляет большой научно-практический интерес.

2. Вопреки мнению ряда авторов, диагностика эхинококка легкого в части случаев представляет значительные трудности, а в отдельных наблюдениях, особенно при наличии осложнений, является непреодолимой задачей.

3. При небольших размерах эхинококковой кисты (приблизительно до 6 см в диаметре) монотонность затемнения ее в рентгеновском изображении, а иногда даже гладкость контуров скрадывается просветлениями легочной ткани и наслоениями сосудистых изображений.

4. Дефекты в тени округлой или овальной формы эхинококковой кисты и нечеткость контуров их могут быть результатом плевральных сращений, не определяемых при рентгеновском исследовании.

5. Наряду с воспалительными изменениями, эхинококк легкого может сопровождаться ателектазом легочной ткани.

6. Наличие в патологической тени легкого, в какой-либо из проекций, части круга в виде сегмента должно предупреждать о возможности эхинококкового поражения.

7. Несмотря на то, что основным методом выявления эхинококка легкого является рентгенологическое исследование, достоверный диагноз этого заболевания может быть установлен только при тщательном и комплексном клинико-рентгенологическом и лабораторном исследовании больного.

Ереванский институт
рентгено-радиологии и онкологии АМН СССР

Поступило 25/VII 1964 г.

Ս. Ա. ՀՈՎՀԱՆՆԻՍՅԱՆ, Վ. Ա. ԿԱՐԱՊԵՏՅԱՆ

ԹՈՔԻ ԷԽԻՆՈԿՈԿԻ ՌԵՆՏԳԵՆԱԲԱՆԱԿԱՆ ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ ՀԱՐՅԻ ՇՈՒՐՋԸ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Թոքի էխինոկոկի ախտորոշման ուսումնասիրությունը գիտական և գործնական մեծ հետաքրքրություն է ներկայացնում, առանձնապես այն վայրերում, որտեղ այդ հիվանդությունը մեծ տարածում ունի: Ախտորոշման դժվարությունները նշանակալից են, իսկ առանձին դեպքերում անհաղթահարելի: Դրժվարություններ ծագում են ոչ միայն բարդությունների դեպքում, այլև ինտակտ էխինոկոկային բջտերի դեպքում, երբ նրա ստվերի համասեռությունը և եզրերի հարթությունը խախտվում է թոքային հյուսվածքի լուսավորվածություններով և արյան անոթների պատկերներով: Անհարթ եզրեր և նույնիսկ «դեֆեկտների առկայությունը դեպքում: Թոքի էխինոկոկի ժամանակ երբեմն նկատվում է թոքային հյուսվածքի ատելեկտոզ: Երբ թոքային դաշտում նկատվող ստվեմենտի ձևով, անհրաժեշտ է հիշել նաև ախտահարման էխինոկոկային բնույթի հնարավորության մասին:

Չնայած որ ռենտգենաբանական բնությունը թորի էխինոկոկի հայտնաբերման հիմնական մեթոդն է, նրա ճշգրիտ ախտորոշումը հնարավոր է միայն հիվանդի կոմպլեքսային-կլինիկո-լաբորատոր և ռենտգենաբանական բնության միջոցով:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Абражанов А. А. Врачебное дело, 1923; 9, 10, 11, 12, стр. 241, 279.
2. Авдалбекян С. Х. Автореферат. Ереван, 1956.
3. Антелава Н. В. Хирургия, 1953, стр. 6.
4. Гамов В. С. Однокамерный эхинококк органов грудной клетки. Л., 1960.
5. Ганжулевич Т. Ф. Гидатидозный легочный эхинококк. И., 1947.
6. Дейнека И. Я. Эхинококк легких. К., 1955.
7. Дьяченко В. А. Рентгенодинамика заболеваний внутренних органов. М., 1956, стр. 114.
8. Еолян Р. О. Сборник научных трудов. Ереван, 1960, стр. 174.
9. Львов А. Н. Эхинококкоз легких и его хирургическое лечение. М., 1956.
10. Подольская Е. А. Рентгенодиагностика первичного рака легкого. М., 1962, стр. 111.
11. Фанарджян В. А. Рентгенодиагностика заболеваний органов грудной клетки. Ереван, 1957, стр. 477.
12. Штерн В. Н. Диссертация. Саратов, 1954.
13. Штусс А. А. Диссертация. Баку, 1938.
14. Чижова И. И. Новый хирургический архив, 1928, т. XII, кн. 1, стр. 3.