

УДК 616.361:616.962

Р. В. АЗИЗЯН

## ОБ ЭХИНОКОККОЗЕ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

Изучены вопросы этиопатогенеза, классификации, клиники и лечения эхинококкоза желчных путей.

Эхинококкоз желчных путей, будучи сравнительно малоизученным заболеванием, нередко приводит к диагностическим ошибкам, служит причиной тяжелых осложнений и смерти.

Эхинококковая болезнь сравнительно часто встречается в республиках Закавказья и считается краевой патологией, поэтому она всегда была в центре внимания закавказских хирургов [6—8].

В госпитальной хирургической клинике Ереванского медицинского института с 1930 по 1975 г. наблюдались 9 больных с эхинококкозом желчных ходов. Среди них женщин было 6, мужчин 3. Возраст больных колебался от 18 до 70 лет. Наши данные показывают, что эхинококкозом желчных путей могут страдать люди всех возрастов. Если холецистит и желчекаменная болезнь встречаются преимущественно после 45—50 лет, то эхинококкозом желчных путей болеют в основном лица до 50 лет (из 9 случаев 8). Об этом свидетельствуют и наблюдения А. А. Хачатряна [14].

Некоторые авторы считают, что эхинококкоз желчных путей является результатом прорыва кисты паразита в желчные ходы из соседних органов, главным образом из печени [13]. Перфорация эхинококковых кист печени в желчные ходы наблюдается в 8—9% случаев, причем эхинококкоз желчных протоков встречается сравнительно чаще, чем эхинококкоз желчного пузыря [1]. Однако А. Г. Бржозовский, С. В. Гейнац, Н. Н. Веселовзоров, Э. С. Мартикян, А. А. Хачатрян [2, 3, 5, 10] пишут о возможности локализации эхинококка в желчных протоках и пузыре. В литературе указывается, что онкосфера может попасть в желчный пузырь как гематогенным путем, так и через желчные протоки [14]. По данным Х. Д. Гаджиева [4], в 0,13—0,48% случаев кисты развиваются в стенке протоков или желчного пузыря из онкосфер, проникших туда с током крови. Благодаря тесной связи лимфатических сосудов печени и желчного пузыря возможен также лимфогенный путь проникновения онкосфер в желчные ходы [5].

В наших наблюдениях из 9 больных с эхинококкозом желчных путей у 6 был прорыв паразитарной кисты печени в желчные ходы, у остальных 3 больных была первичная локализация эхинококка в желч-

ных путях. О возможности первичного поражения эхинококком желчных путей свидетельствует следующее наше наблюдение.

Больная О. Н., 33 лет (ист. бол. № 2000), поступила в клинику 22/IX 1960 г. с жалобами на боли, повышение температуры до 39 градусов, озноб, желтушность склер и кожных покровов. Боли локализовались в правом подреберье, носили острый, приступообразный характер и иррадировали в правую лопатку, правое плечо. Считает себя больной около одной недели.

При поступлении общее состояние средней тяжести, пульс 110 уд/мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. Кожа и видимые слизистые, а также склеры желтушные. Правое подреберье слабо участвует в акте дыхания, здесь при пальпации отмечаются умеренная болезненность и мышечное напряжение. При глубокой пальпации печень выступает из-под края реберной дуги на 3 пальца.

Исследование крови: лейкоциты 9000, нейтрофилы 88%, лимфоциты 9%, моноциты 3%, РОЭ—35 мм/час. Исследование мочи: удельный вес 1015, реакция щелочная на желчные пигменты отрицательная. Билирубин сыворотки крови 300 мг% (по ле зрения, гиалиновые и зернистые цилиндры от 0 до 1 в препарате. Реакция на желчные пигменты положительная. Кал оформлен, светло-коричневой окраски, реакция на желчные пигменты отрицательная. Билирубин сыворотки крови 300 мг% (по Герцфельд-Бокальчуку), реакция Гиманс-Ван ден Берга прямая, быстрая. Общий белок крови 5,22%. Реакция Кацони отрицательная. При дуоденальном исследовании получены порции «А» и «В», в которых обнаружены лямблии в большом количестве. С предположением у больной лямблиозного холецистита и холангита начата противолямблиозная терапия, после которой боли несколько успокоились. В дальнейшем за время пребывания больной в клинике несколько раз имелся острый приступ желчной колики, сопровождаемой тошнотой и рвотой, высокой температурой, при этом развивалась интенсивная желтуха. Билирубин крови повысился до 500 мг%.

С диагнозом механической рецидивирующей желтухи, холангита, лямблиозного холецистита I/XII 1960 г. больная была оперирована. При ревизии органов брюшной полости установлено, что желчный пузырь резко напряжен, деформирован и находится в спайках. Пузырный проток расширен до толщины большого пальца. При пункции из пузыря получена густая гнойная масса с обрывками расплавленной ткани. При микроскопическом исследовании выявлены крючья эхинококка и обрывки хитиновой оболочки. Произведена холецистэктомия. После операции состояние больной прогрессивно ухудшалось, и на 4-й день после операции больная скончалась при явлениях острой печеночной недостаточности. На секции обнаружены картина острого гепатита, холангита, дистрофические изменения печеночной паренхимы и множество мелких абсцессов. Эхинококковой кисты в паренхиме печени не найдено.

Приведенное наблюдение подтверждает мнение о возможности первичного поражения эхинококком желчных путей.

По клиническому течению эхинококкоз желчных путей имеет много общего с клиникой желчекаменной болезни, нередко протекает под видом хронического или острого холецистита. Эхинококкоз желчного пузыря иногда принимается за водянку последнего, медленно растущую опухоль или эмпиему пузыря. В 10—12% случаев эхинококкоз желчных путей сочетается с желчекаменной болезнью, которая может развиваться и вторично на почве длительного хронического реактивного воспаления стенки желчного пузыря, соприкасающейся с паразитарной кистой [1]. Однако трудно согласиться с мнением некоторых авторов, которые полагают, что клиника эхинококкоза желчных путей сходна с клиникой желчекаменной болезни. Основываясь на на-

ших наблюдениях и исходя из данных других авторов, клиническое течение эхинококкоза желчных путей можно разделить на острую и хроническую формы.

При остро протекающей форме заболевание начинается внезапно острыми болями в правом подреберье, причем боли носят более интенсивный характер, чем при желчекаменной болезни и не купируются даже наркотиками. Боли иррадируют в правую лопатку и плечо, сопровождаются ознобом, общей слабостью, желтухой, потерей аппетита, повышением температуры до 38—39 градусов, тяжелым общим состоянием. Такую картину мы наблюдали у 5 из 9 больных.

При хронической форме болезнь протекает более торпидно с периодическими обострениями, которые длятся от нескольких минут до нескольких часов. В межприступном периоде состояние больных бывает удовлетворительным, боли тупые, желтуха отсутствует, температура колеблется в пределах нормы. Хроническую форму болезни мы наблюдали у 4 из 9 больных.

Прорыв инфицированной кисты в желчные пути сопровождается бурной клинической картиной: острыми болями в правом подреберье, ознобом, повышением температуры, тошнотой, рвотой, нередко крапивницей [1].

Важным, даже решающим, подспорьем в диагностике эхинококкоза желчных путей является дуоденальное зондирование. Обнаружение в дуоденальном содержимом крючьев эхинококка является бесспорным доказательством эхинококкоза желчных путей. Об этом говорит следующее наблюдение.

Больной В. Р., 38 лет (ист. бол. № 4040) поступил в клинику 26/IX 1975 г. с жалобами на боли в правом подреберье. Боли носят острый, колющий характер, постоянные, иррадируют в эпигастральную область, усиливаются через 1,5—2 часа после приема пищи. Считает себя больным около одного месяца, когда впервые внезапно возникли боли в правом подреберье, длились несколько часов и постепенно стихали. Последний приступ болей был за 3 дня до поступления в клинику. Больной вызвал скорую помощь, были введены наркотики, однако боли не стихали, и он был доставлен в клинику. Больной раньше был оперирован по поводу эхинококка печени.

При поступлении состояние больного средней тяжести, отмечается субиктеричность склер и кожных покровов. Пульс 95 уд./мин, удовлетворительного наполнения, ритмичный. Температура 38,2°. Область правого подреберья слабо участвует в акте дыхания, где и при пальпации отмечается небольшое напряжение мышц и болезненность. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 пальца.

Анализ крови: лейкоциты 7500, нейтрофилы 71%, лимфоциты 21%, моноциты 1%, эозинофилы 7%, РОЭ 40 мм/час. Анализ мочи: удельный вес 1018, белок 0,033%, реакция на желчные пигменты положительная. Общий белок крови—8,1%, билирубин сыворотки крови 50 мг%, реакция Гиманс-Ван ден Берга прямая, быстрая. При дуоденальном исследовании в порциях «А» и «В» найдены крючья эхинококка. На основании данных дуоденального зондирования был поставлен диагноз: эхинококкоз желчных путей. Больной получил консервативное лечение: желчегонные средства (аллохол, холагол и т. п.), антибиотики (левомецетин), щадящая диета, постельный режим. После принятых мер состояние больного улучшилось, боли стихли, кожные покровы и склеры приобрели нормальную окраску, печень уменьшилась в

размерах, температура нормализовалась, и больной в удовлетворительном состоянии был выписан 6/X 1975 г.

Говоря о лечении эхинококкоза желчных путей, нужно сказать, что основным методом лечения должно быть оперативное вмешательство. Характер оперативного вмешательства может варьировать в каждом конкретном случае, но в целом зависит от локализации паразита, осложнений, общего состояния больного. Операция всегда должна быть направлена на удаление эхинококковой кисты и восстановление проходимости желчных протоков. При эхинококкозе желчного пузыря этим требованиям удовлетворяет холецистэктомия, а при поражении гепатохоледоха—вскрытие и дренирование протоков. При вторичном поражении желчных путей необходимо вскрыть и опорожнить сообщающуюся с ними эхинококковую кисту. Иногда этого бывает достаточно, чтобы осуществить дренирование всей желчной системы и добиться хороших результатов. Необходимо помнить о возможности множественного поражения и тщательно осмотреть печень, чтобы не оставить незамеченных кист [1]. Из 9 наших больных у 6 была произведена холецистэктомия, у 2 из них с одновременной холедохотомией и дренажем желчного протока. Однако послеоперационная летальность у таких больных остается высокой и, по данным некоторых авторов [1], достигает 25—47%. Из 8 оперированных больных в наших наблюдениях умерло 4. Высокая смертность приводит к убеждению, что оперативное вмешательство у больных с эхинококкозом желчных путей должно быть минимально травматичным. Вышеуказанное наблюдение дает нам право думать, что в некоторых случаях, когда состояние больного позволяет, можно и нужно применять и консервативное лечение, которое дает удовлетворительные результаты.

Умение использовать все клинические данные и данные лабораторных методов исследования при постановке диагноза эхинококкового поражения желчных путей и своевременно пользоваться арсеналом консервативных и оперативных методов лечения спасает жизнь больных при этой грозной и тяжелой патологии.

Кафедра госпитальной хирургии  
Ереванского медицинского института

Поступила 10/V 1977 г.

Н. Ч. ԱԶԻՅԱՆ

ԼԵՂՈՒՂԻՆԵՐԻ ԷԽԻՆՈԿՈՎՈԶԻ ՄԱՍԻՆ

Ա. մ փ ո փ ո լ ի մ

Լեղուղիների էխինոկոկոզը հանդիսանում է պրակտիկ բժշկագիտության քիչ լուսաբանված հարցերից մեկը: Բերված աշխատանքում ուսումնասիրված են լեղուղիների էխինոկոկոզային ախտահարման ախտաճաղման, կլինիկական ընթացքի և բուժման առավել պրակտիկ հետաքրքրություն ներկա-

յաջնող հարցերը Հետազոտվել են այդ հիվանդությանը տառապող 9 հիվանդների

# Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Брегадзе И. Л., Ванцян Э. Н. Хирургия паразитарных заболеваний, 1976, стр. 41.
2. Бржозовский А. Г. Вестник хирургии, 1931, т. 23, 67, стр. 14.
3. Веселовзоров Н. Н. Новый хирургический архив, 1927, т. 13, 4, стр. 593.
4. Гаджиев Х. Д. Вестник хирургии, 1968, 9, стр. 53.
5. Гейнац С. В. Новый хирургический архив, 1928, т. 15, стр. 40.
6. Дуринян А. А. Сборник научных трудов Ереванского медицинского института, 1939, вып. 1, стр. 156.
7. Двали Л. Г. Хирургия, 1958, 11, стр. 117.
8. Есаджян М. М. Труды IV Закавказской конференции хирургов. Баку, 1957, стр. 274.
9. Левитина П. С. Хирургия, 1937, 1, стр. 166.
10. Мартикян Э. С., Хочатрян А. А. Советская медицина, 1963, 11, стр. 134.
11. Рудницкий И. Ф. Вестник хирургии, 1928, 13, стр. 37.
12. Сосновский А. Г. Советская хирургия, 1938, 12, стр. 967.
13. Финкельштейн Б. К. Труды I съезда хирургов Закавказья. Баку, 1925, стр. 114.
14. Хачатрян А. А. Докт. дисс. Ереван, 1966.
15. Часовников П. Г. Вестник хирургии, 1927, 34, стр. 62.