

УДК 616.36 616.24—073

В. Т. Апоян, А. Э. Ссркисян, В. Л. Бергудян, А. К. Казарян,
Р. А. Хонджарян, О. Х. Батикян

СОНОГРАФИЧЕСКАЯ СЕМИОТИКА ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

В комплексной диагностике гидатидного эхинококкоза печени ведущая роль отводится сонографии и компьютерной томографии. Сонография, благодаря своей доступности, полной безопасности для больного и, следовательно, возможности многократных исследований, в том числе интраоперационных, а также высокой информативности, стала основным методом диагностики эхинококкоза. Однако многообразие форм и вариантов сонографической картины эхинококкоза печени изучено недостаточно.

Настоящее сообщение основано на изучении сонографической семиотики 152 больных с эхинококкозом печени с операционной верификацией полученных данных; 12 больным с множественным или рецидивным эхинококкозом проводилась интраоперационная сонография, 88 больным—после операции. Исследования проводились при помощи современных секторальных приборов Acuson-123 (Acuson Corp. США) МК-600 (ATL, США), Minivisor-2000 (Ausonics, Австралия).

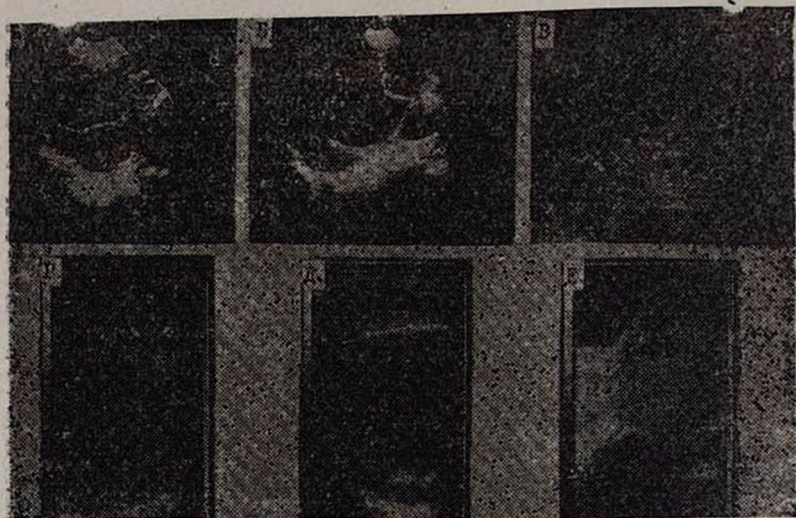
Анализ полученных данных и сопоставление их с операционными находками позволили нам предложить морфосонографическую классификацию, которая отличается от известных более полным охватом существующих вариантов и дает характеристику морфологическим особенностям очагов разных типов. В предлагаемой классификации все эхинококковые очаги разделены на шесть основных типов (рис. 1).

Первый тип (рис. 1 а)—«простая» или однокамерная живая эхинококковая киста, которая макроскопически представляет единичную белую хитиновую оболочку с прозрачной или почти прозрачной жидкостью, а сонографически—напряженное эхосвободное образование. При очень хорошей визуализации иногда удается увидеть двуслойность стенок кисты—патогномичный признак эхинококковой природы кисты. Исходящие из глубоких отделов печени кисты достигают капсулы лишь при значительном их росте, и поэтому роль сонографии в их обнаружении особенно велика. Дифференциальный диагноз следует проводить с простыми кистами печени и сосудистыми аневризмами.

Второй тип (рис. 1 б), наблюдаемый намного реже первого, представлен кистой, содержащей дочерние пузыри, число которых может быть различным. К этому типу мы относим очаги, в которых кисты располагаются свободно в пределах заполняющей материнскую кисту

жидкости и поэтому имеют правильную округлую форму. Сонографическая картина типична для эхинококкоза. Пункция таких очагов позволяет аспирировать содержимое «материнской» кисты перед вскрытием фиброзной оболочки.

Третий тип—кисты с большим количеством дочерних пузырей, заполняющих материнскую кисту, отличается от предыдущего типа (рис. 1 в) тем, что дочерние кисты теряют округлую форму. Пункция очага обычно не приводит к получению заметного количества жидкости. Очаги имеют напряженную, близкую к круглой форму. В зависимости от количества кист в них они выглядят либо как киста с перегородками, либо как круглое ячеистое образование, напоминающее пчелиные соты. Появление неоднородности содержимого кисты мы рассматриваем как признак ее гибели.



Сонографические типы эхинококковых очагов печени

К четвертому типу очагов (рис. 1 г) мы относим очаги, на сонографических срезах которых большая площадь занята неоднородными структурами без какой-либо закономерной организации, на их фоне видны отдельные круглые эхосвободные участки, очевидно, оставшиеся живыми дочерние кисты. Четкие границы и круглая форма этих участков позволяют легко отличить их от полостей распада опухоли и распознать эхинококковую природу очага. Кроме того, обычной находкой являются и высокоэхогенные участки вокруг очага (кальцификаты). На операции в полости фиброзной капсулы обнаруживается неоднородное грязно-желтое, иногда с зеленоватым оттенком, содержимое («эхинококковый детрит»), в котором заметны обрывки хитиновых оболочек, спавшиеся хрупкие «мертвые» пузыри. Эхосвободные же круглые участки оказываются белыми или чуть желтоватыми круглыми пузырями с характерной опалесцирующей жидкостью. Этот эхинококковый очаг по своей сонографической картине патогномичен для эхинококкоза, так же как предыдущие два типа.

После гибели всех дочерних пузырей круглых эхосвободных участков в очаге не остается, и мы имеем дело с объемным образованием неоднородной структуры—пятый тип эхинококкового очага (рис. 1 д), при котором риск диагностических ошибок, а также роль качества визуализации возрастают. Поскольку очаги этого типа всегда крупные (в нашем материале—не менее 5 см), дифференциальную диагностику приходится проводить в основном с абсцессами печени, опухолями, в первую очередь крупными тератомами и гамартомами; вероятность гемангиом, тромбированных аневризм и метастатических опухолей незначительна. Трудности возникают обычно в тех случаях, когда очаг при сонографии находится вне оптимальной фокусной глубины датчика, а также при плохих условиях визуализации, особенно у пациентов с большой массой тела. Во всех случаях необходимо настойчиво искать признаки, характерные для этого типа очагов, а именно: участки со слоистой структурой, кальцификаты по периферии, тонкие прослойки эхосвободной жидкости, криволинейные четкие структуры, собственные стенки значительной толщины, четкость и плавность границ очага с остальной тканью печени; не менее важен поиск очагов другого типа, а также указание на эхинококкоз в анамнезе, попытка иммунологического подтверждения эхинококкоза.

Наконец, в отличие от всех предложенных ранее классификаций мы ввели еще один тип «мертвого» эхинококкового очага—шестой тип (рис. 1 е). Он отличается от предыдущего меньшими размерами, большей однородностью, отсутствием сильных сигналов на периферии, линейных структур и видимых четких «стенок», а также умеренно повышенной по сравнению с печеночной тканью эхогенностью. Макроскопически они представляют тонкостенные однокамерные полости с желтоватым однородным желеобразным содержимым без густого детрита. Размеры их обычно составляют 3—4 см (не более 5 см), форма напряженная, округлая. Во время оперативных вмешательств под интраоперационным контролем такие очаги в большинстве случаев можно удалять только посредством ультразвукового наведения. По нашему мнению, они являются следствием гибели очагов первого типа. Сонографическая картина очагов этого типа полностью совпадает с картиной гемангиом. Не исключается возможность принятия их за метастатическую опухоль. Об эхинококковой природе таких очагов можно с достаточной достоверностью говорить только при наличии эхинококкоза в анамнезе. По этим причинам в нашей клинике такие очаги удаляются только во время операций по поводу очагов другого типа под интраоперационным контролем. При «случайном» же обнаружении указанных очагов у асимптоматичных в этом отношении лиц последние оставляются под наблюдением, но в плановом порядке не оперируются.

У одного и того же пациента могут наблюдаться один или несколько очагов того же типа либо одновременно очаги разных типов. Часто встречаются очаги промежуточных переходных типов, а также варианты с признаками осложнений в виде нагноения, отслойки хитиновой оболочки, частичного или полного опорожнения пузырей.

Нагноение очагов различного типа (или его участка) наблюдалось нами в 20 случаях. Диагностика нагноения весьма сложна, особенно при наличии четвертого и пятого типов очагов. Отслойка хитиновой оболочки означает нарушение ее целостности и проникновение жидкости в полость фиброзной капсулы. Возможно, отслойка хитиновой оболочки играет определенную роль в гибели паразита.

Кроме локализации, размеров и структуры каждого очага, в сонографическое описание должна входить подробная информация об отношении очагов друг к другу, к капсуле печени, смежным органам, сосудам печени, брюшной полости и рекомендации об оптимальном доступе к ним. При невозможности получения информации в достаточном объеме, при плохих условиях визуализации, особенно в рецидивных случаях, и при большом числе очагов целесообразно проведение интраоперационного исследования и включение в оперирующую бригаду врача-сонолога для оказания непосредственной помощи хирургам во время операции (12 случаев). Это позволяет отказаться от весьма травматического выделения печени из спаек для ее полноценной ревизии и непосредственно выйти на очаг поражения. Облегчалось также обнаружение глубоко расположенных кист, их взаиморасположение с сосудами и желчными ходами.

Таким образом, сонография позволяет с высокой достоверностью диагностировать эхинококкоз и подробно характеризовать эхинококковые очаги, предоставляя оперирующим хирургам возможность уверенного выбора последовательности действий в соответствии с предполагаемым характером и состоянием очага.

Кафедра хирургических болезней
Ереванского медицинского института

Поступила 20/X 1990 г.

Վ. Թ. Ափոյան, Ա. Է. Տարգոյան, Վ. Լ. Բերգուդյան, Ա. Կ. Ղազարյան,
Ռ. Հ. Խոնդկարյան, Հ. Խ. Բատիկյան

ԼՅԱՐԴԻ ԷԽԻՆՈԿՈԿԿՈՑԻ ՍՈՆՈԳՐԱՖԻԱ ՍԵՄԻՈՏԻԿԱՆ

Տվյալ հաղորդումը հիմնված է լյարդի էխինոկոկոզով հիվանդների սոնոգրաֆիկ անմիտոփայլի ուսումնասիրության վրա: Առաջարկված է էխինոկոկոզային բուշտերի ձևաբանատնոգրաֆիկ դասակարգում: Եզրակացություն է արվում սոնոգրաֆիկ մեթոդի կիրառման արդյունավետության մասին՝ էխինոկոկոզի ախտորոշման մեջ:

V. T. Apoyan, A. E. Sarkissian, V. L. Bergudian, A. K. Ghazarian,
R. A. Khondkarian, O. Kh. Batkian

Sonographic Semeiotics of the Hepatic Echinococcosis

The report deals with the study of sonographic semeiotics in patients with hepatic echinococcosis. The morphologic and sonographic classification of echinococcosis is proposed. The conclusion is drawn about the effectiveness of the sonographic method in diagnosis of echinococcosis.