

ЛИТЕРАТУРА

1. Колесов А. П., Борисов И. А. Вестн. хир., 1987, 139, 7, с. 57.
2. Кукош В. И. В кн.: XXVI Всесоюзный съезд хирургов (тез. докл.). Ташкент, 1986, с. 46.
3. Кауфман О. Я., Ростовицков А. С., Струков А. И. Острый разлитой перитонит. М., 1987.
4. Цациниди К. Н., Боголюбова А. М. В кн.: Раны и раневая инфекция. М., 1986, с. 254.
5. Шуркалин Б. К. Лечение анаэробного неклострициального перитонита. Методические рекомендации. М., 1987.
6. Berne Th. Arch. Surg., 1987, 205, 2, 133.
7. Evans M. Arch. Surg., 1984, 119, 1, 109.
8. Kirkpatrick S. R. et al. Arch. Surg., 1984, 119, 6, 9.
9. Portillos F. A. et al. Rev. Cub. Chirurg., 1984, 659, 23, 4, 379.
10. Rodeheaver G. F. Amer. J. Surg., 1978, 136, 379.
11. Torngquist A. et al. Brit. J. Surg., 1985, 72, 4, 261.

УДК 616.36—002—078

В. Т. Апоян, В. Л. Бергунян, А. Э. Саркисян, О. Х. Батикян

К ДИАГНОСТИКЕ ГИДАТИДНОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Диагностика гидатидного эхинококкоза печени представляет определенные трудности в связи с длительным латентным течением, частой стертой клинической картиной, схожестью ее с другими заболеваниями печени. Поэтому необходимость комплексной диагностики с включением ряда инструментальных и лабораторных методов исследования очевидна.

В настоящем сообщении сделана попытка проанализировать имеющийся опыт диагностики эхинококкоза (на базе Республиканской клинической больницы им. Ленина и НПО «Диагностика» г. Еревана). В течение 1970—1989 гг. обследовалось 224 пациента (242 оперативных вмешательства), 79 мужчин и 145 женщин, из коих у 172 имели место солитарные, у 70—множественные кисты. В 18 случаях эхинококкоз печени сочетался с эхинококковым поражением других органов.

В процессе диагностики у 68 пациентов произведено рентгенологическое исследование брюшной полости, включающее обзорные снимки и полипозиционное рентгеноскопическое исследование. Сочетание этих исследований с холецистографией, пневмоперитонеумом или контрастным исследованием желудочно-кишечного тракта позволило обнаружить некоторые патологические признаки в 58,8% случаев, которые лишь в 7,35% однозначно указывали на эхинококкоз, а в остальных случаях играли лишь вспомогательную роль.

Важным методом диагностики эхинококкоза является статистическая гепатосцинтиграфия [4]. Нами рассмотрены результаты 45 гепатосцинтиграфий, в некоторых случаях с использованием ЭВМ для обработки изображений, а также 18 сканирований печени. При сопоставлении этих результатов с операционными в 14 случаях из 63 радиоизотопные данные оказались частично или полностью ложными. Так, при наличии эхинококкоза дефекты накопления радиофармпрепарата не

были обнаружены в 4 наблюдениях. При множественном поражении дефекты накладывались друг на друга, их число и размеры оказывались неточными (5 случаев). Наконец, описывались дефекты, при которых во время операции морфологический субстрат не обнаруживался (5 наблюдений). В остальных 49 случаях (78%) радионуклидное исследование даже после ЭВМ-обработки позволило лишь заподозрить эхинококковое поражение.

В литературе имеются сообщения об определенном значении дистанционной термографии в диагностике эхинококкоза [1]. Нами проведена телетермография у 30 пациентов с установленным эхинококкозом, выявившая в ряде случаев патологические изменения кожной температуры, которые, однако, не были достоверными. Поэтому на сегодняшний день рекомендовать термографию в диагностике этого заболевания нецелесообразно.

В настоящее время в качестве скрининг-теста для выявления патологических процессов в организме нередко применяется иридо-диагностика. Мы произвели иридоскопию у 43 больных, впоследствии оперированных по поводу эхинококкоза печени. Во всех случаях в соответствующей печени зоне радужной оболочки выявлены значительные изменения, однако специфических для данного заболевания признаков пока не обнаружено.

В последние годы определилась роль ультразвукового сканирования как ведущего метода диагностики и описания эхинококковых очагов органов брюшной полости. Оно позволяет не только констатировать наличие эхинококкоза, но и подробно описывать размеры, характер, содержимое и топографию каждого из имеющихся очагов. Сонография проводилась у 152 больных, причем в 12 случаях множественного и рецидивного эхинококкоза применялась и интраоперационная сонография. Использовались современные секторальные и линейные приборы с высоким качеством изображения (Acuson-18, Acuson согр., США; Sonos-100 HP, США; SSD-256 Aloka, Япония).

Нами предложена морфосонографическая классификация эхинококкоза печени, которая, несколько отличаясь от предложенных ранее, обобщила все встречающиеся варианты очагов и осложнений. В нашей классификации эхинококковые очаги разделены на шесть основных типов: 1-й—«простая» или однокамерная киста; 2-й—киста, в которой имеются дочерние кисты в пределах жидкости материнской кисты; 3-й—киста, весь объем которой занят множественными плотно соприкасающимися дочерними кистами; 4-й—киста, содержащая элементы погибших дочерних и материнской кист (эхинококковый детрит) вместе с отдельными живыми дочерними кистами, наблюдаемыми в виде круглых или овоидных однородных участков на фоне неоднородных структур; 5-й—киста, весь объем которой занят эхинококковым детритом—неоднородными структурами; 6-й—киста небольших размеров, ненапряженной формы, с однородным желеобразным содержимым, имеющая вид равномерного экзогенного образования. В 102 из 152 случаев очаги были солитарными, в 50—множественными, причем в 14 случаях число очагов превышало 4. Диагностические ошибки были допущены в трех случаях, из коих в двух за эхинококковое по-

ражение были приняты киста поджелудочной железы и абсцесс печени, а в третьем случае у пациентки с калькулезным холециститом не был обнаружен очаг 3-го типа в левой доле печени. В ряде случаев в связи с отсутствием опыта и низкой квалификацией исследующего встречалось некачественное описание локализации, размеров и содержимого очагов. Следует отметить, что не всегда удавалось установить нагноение эхинококковых очагов, особенно при отсутствии типичной клинической картины, при нагноении очагов 4 и 5-го типов. Мы наблюдали 20 нагноившихся эхинококковых очагов, из коих в 5 случаях диагноз был установлен до операции.

Несмотря на определенные неточности, наиболее информативным, точным и доступным методом диагностики и описания эхинококковых очагов является сонография [2, 3]. При невозможности получения информации в предоперационном периоде проводилось интраоперационное сонографическое исследование (12 случаев).

Рентгеновская компьютерная томография является единственным визуализационным методом в диагностике и описании эхинококкоза печени, сравнимым по своей ценности с сонографией. Она применялась нами в восьми случаях эхинококкоза, давая практически исчерпывающую диагностическую информацию. Недостатком метода, ограничивающим его применение при эхинококкозе, являются высокая стоимость исследований, инвазивность, ограниченная доступность, невозможность проведения их в палате и операционной, а также частых контрольных исследований после операций.

Наряду с инструментальными исследованиями важное диагностическое значение имеют иммунологические тесты, позволяющие подтвердить специфическую паразитарную природу очагов [5]. Наиболее распространенными из них являются реакция латекс-агглютинации (РЛА), непрямой гемагглютинации (РНГА), иммуноферментная реакция (ИФА). РЛА оказалась положительной в 91 из 108 (84,26%), РНГА—в 64 из 68 случаев (94,12%), ИФА—у всех 13 обследованных пациентов (100%).

Итак, среди перечисленных методов диагностики гидатидного эхинококкоза печени мы считаем ведущими сонографию, компьютерную томографию и иммунологические тесты, позволяющие в большинстве случаев получить всю необходимую для полноценного лечения эхинококкоза информацию.

Кафедра хирургии № 2 Ереванского
медицинского института, НПО

«Диагностика»

Поступила 24/XI 1990 г.

Վ. Ք. Ափոյան, Վ. Լ. Ներզադյան, Ա. Է. Սարգսյան, Հ. Խ. Բատիկյան

ԼՅԱՐԴԻ ՀԻՊԱՏԻՏԱՑԻՆ ԷՄԻՆՈԿԿՈՑԻ ԱՆՅՈՐՈՇՄԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ

Կլարդի էխինոկոկոզի փտորոշումը կապված է որոշակի դժվարությունների հետ: Մշակված է հետազոտման կոմպլեքսային ծրագիր: Հետազոտվել են 224 հիվանդ: Առաջարկվել է էխինոկոկոզին բշտերի ձևարանագերծայնային դասակարգում:

The Diagnosis of Hydatid Liver Disease

The results of X-ray, nuclear imaging, thermography, iridoscopy, CT scanning, sonography in diagnosis and description of hydatid cysts are discussed along with the results of several laboratory tests. Sonography has been the leading method of imaging in these cases. A morphosonographic classification of hydatid cysts is worked out which includes 6 main types. Besides the diagnosis sonography allows to find out the details of cyst's contents and topography, precisely predict the operative findings. In 12 cases of recurrent or multifocal liver hydatidosis the intraoperative option has been used which is less traumatic, quick and enables complete removal of the cysts in all cases.

ЛИТЕРАТУРА

1. Милонова О. Б. Сов. мед., 1980, 4, с. 90.
2. Толуа Ф. Н., Помелов В. С., Люлинский Д. М. Сов. мед., 1989, 4, с. 90.
3. Esfahani F., Rocholamini S. A., Vessal K. J. Ultrasound med., 1988, 7, 443.
4. Lolo G. Rev. Med. Chir., 1988, 116, 337.
5. Moir I. L., Ho-Yen D. O. Scott. Med. J., 1989, 34, 466.

УДК 616.718.4—001.5

С. Д. Тумян, Э. С. Гарибян, А. К. Зарацян, Л. Г. Григорян, М. Г. Маркарян

ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ РАЗЛИЧНЫМИ МЕТАЛЛИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ШЕЙКИ БЕДРА В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Переломы шейки бедра, наиболее часто наблюдающиеся у лиц пожилого и старческого возраста [1, 2, 4, 6], являются наиболее тяжелым повреждением опорно-двигательного аппарата.

При переломах кровообращение в области головки и шейки бедра оказывается недостаточным [7, 8]. Поэтому медиальные переломы шейки бедра со смещением ввиду отсутствия надкостницы и нарушения кровоснабжения в большинстве случаев без оперативного вмешательства не срастаются [3, 5, 7]. Следовательно, определение состояния сосудистой сети указанной области имеет важное прогностическое значение и является решающим при выборе метода лечения.

Вертельные переломы могут заживать и при консервативном лечении, которое, однако, имеет ряд недостатков: приковывает больных к постели на длительный срок, что чревато рядом осложнений (пролежни, застойная пневмония, нарушение функций жизненно важных органов и т. п.) и обострением имеющихся у них до травмы хронических заболеваний [5, 6]. Все вышеизложенное привело к необходимости расширения показаний к оперативному лечению вертельных переломов

С целью подбора металлических конструкций, обеспечивающих стабильную фиксацию и компрессию между отломками, нами прове-