



И.А. Лурин, В.В. Негодуйко,  
Якуби Джума Гуль

Военно-медицинский  
клинический центр северного  
региона

© Коллектив авторов

## ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ У БОЛЬНЫХ С ЭХИНОКОККОВЫМИ КИСТАМИ ПЕЧЕНИ

**Резюме.** Проанализированы результаты обследования 81 больного в Исламской республике Афганистан. Показано, что для полноценной диагностики расположения и стадии эхинококковой кисты достаточно анализа анамнестических и физикальных данных в сочетании с ультразвуковой диагностикой, что имеет большое значение в условиях дефицита медицинских ресурсов. Использование УЗИ – диагностики позволило во всех случаях установить стадию развития, локализацию кисты, а так же выбрать зону хирургического доступа.

**Ключевые слова:** эхинококковые кисты печени, ультразвуковое исследование.

### Введение

Эхинококкоз печени – тяжелое паразитарное заболевание, до сих пор является важной медицинской проблемой. Это заболевание, по данным статистики Всемирной организации здравоохранения встречается почти в 100 странах мира [4]. Распространенность эхинококкоза в Украине варьирует от 0-0,49 в северных регионах до 8-10 больных на 10.000 населения в южных, что связано с наличием эндемических очагов эхинококкоза и миграцией больных из других стран [2].

В арсенал диагностики входят современные методы, такие как ультразвуковое исследование, компьютерная томография, решающими в подтверждении диагноза считают анамнестические данные и данные лабораторных методов диагностики [1]. Но диагностические алгоритмы не всегда ориентированы на использование минимального набора диагностической аппаратуры, поэтому разработка простых и эффективных алгоритмов диагностического обследования может быть ценной для врачей-хирургов и врачей общей практики. В последнее время большое значение уделяется методам ультразвуковой диагностики, которая по мнению многих авторов может заменить другие более дорогостоящие и трудоемкие методы [1].

### Цель исследования

Оценить эффективность ультразвуковой диагностики и разработанного алгоритма обследования пациентов с минимальным объемом диагностических процедур, для получения информации необходимой для успешного выполнения оперативного вмешательства в условиях ограниченности медицинских ресурсов.

### Материалы и методы исследования

В работе представлены результаты лечения 81 больного с эхинококковыми кистами пе-

чени, которым проводили лечение в хирургической клинике провинциального госпиталя города Чакчаран и на базе медицинской секции передовой оперативной базы «Щит» в Исламской Республике Афганистан за период с 2006 по 2012 год. Среди обследованных больных большую часть составляли женщины – 64 пациентки (79 %), соответственно обследовано 16 мужчин (21 %). Средний возраст женщин составил  $32,58 \pm 10,54$  лет, мужчин –  $37,24 \pm 12,05$  лет.

Больные были обследованы с помощью общеклинических методов обследования (сбор анамнеза, осмотр, пальпация), УЗИ диагностики, так же выполнялся минимальный набор клинических исследований. Фазы жизнедеятельности эхинококка оценивали с помощью классификации И.Г. Ахмедова, 2002 г. Статистическая обработка данных проводилась в Microsoft Excel 2007 с помощью статистики Стьюдента и  $\chi^2$  [3].

### Результаты исследования и их обсуждение

Клиника эхинококкоза печени у больных в обследованных группах не являлась специфичной, поскольку на этапе клинического обследования отсутствовала совокупность симптомов, которые позволили бы осуществить надежную дифференциальную диагностику от других объемных процессов печени или верхнего этажа брюшной полости. Однако в эндемическом регионе частота встречаемости эхинококкоза была гораздо выше, чем у конкурирующей патологии, поэтому правильный сбор анамнеза, учет данных физикального осмотра и верификация полости эхинококковой кисты на основании ультразвукового исследования (УЗИ), как правило, являлось достаточным для правильной диагностики.

Клинические проявления эхинококкоза были у всех обследованных больных – наиболее частым симптомом являлись боли в эпига-



стрии – отмечены у 79 (97,5 %) больных, у 10 (12,3 %) пациентов боли возникали после еды, у 67 (82,7 %) отмечались боли в правом подреберье, у 7 (8,6 %) в эпигастральной области, у 5 (6,2 %) в левом подреберьи, у 7 (8,6 %) больных боли нарастали постепенно, у 62 (76,5 %) имела место деформация живота, болезненность при пальпации отмечалась у 19 (23,5 %) пациентов, запоры у 4 (4,9 %), чувство тяжести в эпигастрии отмечали у 44 (54,3 %) пациентов, у 57 (70,4 %) больных предъявляли жалобы на слабость и недомогание, 42 (51,9 %) больных жаловались на отсутствие аппетита, тошнота и рвота отмечалась у 12 (14,8 %) больных, желтушность кожных покровов выявлена у 2 (2,5 %) больных. У 11 (13 %) больных имело место острое начало заболевания. Наиболее частым сочетанием клинических признаков являлось увеличение в размерах и деформация живота с наличием чувства тяжести и постоянных или периодических болей в правом подреберье, которые отмечались у 62 (76,5 %) больных, у 18 больных (22,2 %) пальпировалось новообразование без наличия видимой деформации живота и только у 1 больной (1,2 %) не было увеличения живота и пальпируемого новообразования (у этой пациентки были разрыв эхинококковой кисты с явлениями перитонита).

При анализе данных таблицы видно, что при инфицировании кисты достоверными признаками являлись: наличие интенсивных болей в животе, слабость недомогание, наличие рвоты, пальпация болезненного образования и защитное напряжение мышц брюшной стенки. Основным дополнительным методом исследования эхинококковых кист печени являлась ультразвуковая диагностика, позволяющая оценить размеры, локализацию, фазу развития, а так же наличие осложненных кист. В таблице представлена клиническая характеристика эхинококковых кист, выявленных у больных в обследованных группах.

Таблица

**Характеристика эхинококковых кист печени у больных первой и второй групп**

| Характеристика эхинококковых кист    | Кол-во больных | %    |
|--------------------------------------|----------------|------|
| Единичные неосложненные кисты печени | 63             | 77,8 |
| Множественные кисты                  | 5              | 6,2  |
| Инфицированные кисты                 | 10             | 12,3 |
| Сочетанные локализации               | 2              | 2,5  |
| Кисты легкого                        | 1              | 1,2  |
| Диссеминация кист по брюшной полости | 1              | 1,2  |
| Разрыв кисты                         | 1              | 1,2  |
| Всего                                | 81             |      |

Ультразвуковая диагностика позволяла четко установить фазу развития эхинококковой кисты, что позволяло установить правильный

диагноз в 100 % случаев. Локализация кист в сегментах печени (по данным УЗИ) представлена на рис. 1.

Согласно классификации И.Г. Ахмедова, 2002 г. (рис. 2).

Частота выявления различных фаз и осложненных форм эхинококковых кист по данным ультразвукового обследования представлена на рис. 3.

Данные, полученные в ходе УЗИ диагностики, уточнялись интраоперационно. Сравнение данных диагностики и интраоперационных данных показало, что выполнение УЗИ позволяло установить окончательный диагноз, локализацию и фазу развития кисты у 100 % обследованных больных, а так же выявить наличие осложнений, установить зону расположения кисты, определить структуры расположенные рядом со стенкой кисты, а так же выявить их сдавление. Для предупреждения ошибок в диагностике кистозного образования проводили полипозиционное УЗИ, направленное на выявление признаков, соответствующих фазе жизнедеятельности гидатидной кисты.

Наш опыт оказания помощи в эндемическом по эхинококкозу регионе показал, что при высокой заболеваемости и болезненности населения результаты УЗИ имеют большое диагностическое значение, чем данные серологических исследований.

Данные УЗИ позволили у всех больных получить четкое представление о дальнейшем оперативном лечении больного и определить план операции.

Таким образом, алгоритм обследования больных с эхинококкозом должен включать:

- на первом этапе тщательный сбор анамнеза с выявлением факторов эпидемиологических факторов;
- анализ симптомов, позволяющих заподозрить наличие эхинококкоза;
- анализа данных физикального обследования (наличие пальпируемого образования в зоне печени, смещаемого при дыхании позволяет с большой долей вероятности подозревать эхинококкоз);
- данные физикального обследования показали, что у больных имело место видимое выпячивание кисты на переднюю брюшную стенку, что позволяло выбрать вариант оперативного доступа при открытой или малоинвазивной методике лечения;
- УЗИ позволяет поставить четкий диагноз заболевания с визуализацией размера, локализации, фазы развития кисты, ее топографии по отношению к крупным трубчатым структурам, что позволяет наметить план операции;





- лабораторные методы обследования позволяют документировать наличие механической желтухи, выявить анемию, подтвердить наличие гнойных осложнений, выявить эхинококкоз легкого.

### Выводы

В исследуемом эндемическом очаге низкая комплаентность населения приводит к позднему обращению с наличием больших эхинококковых кист, зачастую с наличием нагноения, а иногда и системных осложнений, при этом, сбор анамнеза, физикальное обследова-

ние, данные ультразвуковой диагностики позволили во всех случаях подтвердить диагноз эхинококковых кист печени, и во всех случаях позволили установить правильную локализацию и стадию развития кисты, выявить наличие осложнений и наметить план оперативно-го вмешательства.

2. Для подтверждения диагноза эхинококкоза, зачастую, достаточно сбора анамнеза, соответствующей интерпритации данных физикального обследования и использование минимального объема дополнительных методик исследования.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Ахмедов И. Г. Ультразвуковое исследование в диагностике гидатидного эхинококкоза печени. /И. Г. Ахмедов А. О. Османов А. Э. Курбанов //Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2004. – № 3. – С. 42-45.

2. Грубник В.В. Эхинококкоз человека: Современные методы диагностики и лечения: Монография. / В.В. Грубник, С.Г. Четвериков, П.П. Шипулин. – 2011. – 224 с.

3. Лапач С.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel.

/С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич. – К.: Морион, 2001. – 408 с.

4. Eckert J. Geographic distribution and prevalence, /In J. Eckert, M. A. Gemmell, F.-X. Meslin, and Z. S. Pawlowski (ed.), WHO/OIE manual on echinococcosis in humans and animals: a public health problem of global concern. World Organisation for Animal Health, 2001. – Paris, France. – P. 100-142.

### МОЖЛИВОСТІ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ДІАГНОСТИКИ У ХВОРИХ З ЕХІНОКОКОВИМИ КІСТАМИ ПЕЧІНКИ

*І. А. Лурін, В.В. Негодуйко,  
Д.Г. Якубі*

**Резюме.** Проаналізовано результати обстеження 81 хворого в Ісламській республіці Афганістан. Показано, що для повноцінної діагностики розташування та стадії кісти достатньо аналізу анамнестичних та фізикальних даних в поєднанні з ультразвуковою діагностикою. Розроблено алгоритм обстеження пацієнтів в умовах дефіциту медичних ресурсів. Використання УЗД – діагностики дозволило в усіх випадках встановити стадію розвитку, локалізацію кісти, а так само вибрати зону хірургічного доступу.

**Ключові слова:** *ехінококові кісти печінки, ультразвукове дослідження.*

### ULTRASOUND OPPORTUNITIES IN PATIENTS WITH HYDATID CYSTS OF THE LIVER

*I.A. Lurin, V.V. Negoduiko,  
J.G. Yaqubi*

**Summary.** The results of the survey 81 patients in the Islamic Republic of Afghanistan. It is shown that for a full diagnosis location and stage cyst enough analysis of anamnesis and physical dannyah in combination with ultrasound. The algorithm evaluation of patients given the shortage of medical resources. Ultrasound diagnosis possible in all cases to establish the stage of development, the localization of the cyst, as well as choose the area of surgical access.

**Key words:** *echinococcal liver cysts, ultrasound.*