

УДК 6616.36-002.951.21-089

***КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ
ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ У ГОРОДСКОГО ЖИТЕЛЯ***

Проничев В. В.

Доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии,

Ижевская государственная медицинская академия,

Ижевск, Россия

Зайцев Д. В.

*Кандидат медицинских наук, заведующий хирургическим отделением БУЗ УР
«1 РКБ» МЗ УР.*

*БУЗ УР «Первая Республиканская Клиническая Больница» МЗ УР, Ижевск,
Россия*

Филиппов А. А.

Студент 4 курса лечебного факультета,

Ижевская государственная медицинская академия,

Ижевск, Россия

Рахманина С. К.

Студентка 4 курса лечебного факультета,

Ижевская государственная медицинская академия,

Ижевск, Россия

Аннотация: Осуществлен анализ клинического случая ведения пациентки - городского жителя, не имеющей контакта с животными, с множественной локализацией эхинококковых кист в печени и легком. Изучены результаты обследования и лечения больной С., 37 лет. Исследование наблюдения показало, Дневник науки | www.dnevniknauki.ru | СМИ Эл № ФС 77-68405 ISSN 2541-8327

что пациентке понадобилось два этапа хирургического лечения, учитывая гигантские размеры эхинококковых кист печени, наличие круглой эхинококковой кисты левого легкого и необходимость в минимизации операционной травмы.

Ключевые слова: цистный эхинококкоз, хирургия, городской житель, клинический случай, печень.

***CLINICAL CASE OF MULTIPLE LOCALIZATION OF
ECHINOCOCCAL CYSTS IN A CITY DWELLER***

Pronichev V. V.

Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Faculty Surgery,

Izhevsk State Medical Academy,

Izhevsk, Russia

Zaitsev D.V.

*Candidate of Medical Sciences, Head of the surgical department of the First
Republican Clinical Hospital of the Udmurtian Republic,*

The First Republican Clinical Hospital

Izhevsk, Russia

Filippov A. A.

4th year student of the Faculty of Medicine,

Izhevsk State Medical Academy,

Izhevsk, Russia

Pakhmanina S. K.

4th year student of the Faculty of Medicine,

Izhevsk State Medical Academy,

Izhevsk, Russia

Abstract: An analysis of the clinical case of managing a patient, a city resident who has no contact with animals, with multiple localization of echinococcal cysts in the liver and lung was carried out. The results of examination and treatment of patient S., 37 years old, were studied. An observational study showed that the patient required two stages of surgical treatment, given the gigantic size of the liver hydatid cysts, the presence of a round hydatid cyst in the left lung, and the need to minimize surgical trauma.

Keywords: cystic echinococcosis, surgery, city dweller, clinical case, liver.

Введение: Цистный эхинококкоз – гельминтоз, вызываемый паразитированием у человека личинок ленточного гельминта *Echinococcus granulosus*, и характеризующийся образованием паразитарных кист, преимущественно в печени, легких и других органах (головной и спинной мозг, почки, селезенка, кости, сердце, мышцы, поджелудочная железа, брюшина, сальник), с длительным бессимптомным и хроническим течением [1-5].

Эхинококкоз чаще диагностируется среди лиц, занимающихся определенной сферой деятельности: работники скотобоен, пастухи, охотники и их семьи, в особенности дети. В данных группах высокая частота встречаемости эхинококкоза связана с активностью личных хозяйств, где обнаруживается мелкий рогатый скот. Люди заражаются при фекально–оральном контакте. Косвенный перенос яиц, либо через загрязненную воду и сырую пищу, либо через мух и других членистоногих, также может привести к заражению людей [6,7].

Цель: Описание наблюдения больной, не имеющей контакта с животными, с множественной локализацией эхинококковых кист в печени и легком.

Материалы и методы: В БУЗ УР «Первая Республиканская клиническая больница МЗ УР» г. Ижевска было проведено клиническое наблюдение и изучена «Карта стационарного больного».

Клинический пример: Пациентка С. 37 лет жительница г. Ижевска наблюдалась амбулаторно с кистами печени с 2019г., при ежегодных обследованиях отмечалось увеличение кист, к хирургу не направлялась.

В 2023 г. выявлена киста левого легкого, консультирована инфекционистом. Был постановлен диагноз – эхинококкоз. Поступила в дежурную хирургию г. Ижевска, на высоте болей была выполнена лапароскопия. Выписана, направлена на консультацию в 1 РКБ.

Поступила в Республиканскую больницу 15.02.2024г и пребывала на стационарном лечении до 01.03.2024г. Обратилась с жалобами на деформацию, увеличение размеров живота, чувство тяжести в эпи- и мезогастральных областях, ноющие умеренные боли в левом подреберье.

При осмотре: Кожные покровы: физиологической окраски, обычной влажности, без патологических высыпаний. Отеков нет. Склеры: физиологической окраски, инъекции сосудов нет. Состояние подкожно-жировой клетчатки: в норме. Лимфатические узлы: не пальпируются. Костно-мышечная система: без патологических изменений.

Дыхание: самостоятельное. При аускультации: дыхание везикулярное. проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД: 16 в мин. Сатурация: 99%. Перкуссия сердца: границы сердца не изменены.

Аускультация сердца: тоны сердца ясные, ритмичные, патологических шумов не определяется. ЧСС: 72 в мин. АД: 120/80 мм Рт. ст. Язык влажный. На брюшной стенке в эпигастрии - пигментное пятно овоидной формы светлого розово-коричневого цвета 9х6 см. Рубцы от "троакарных" ран - зажившие, без признаков воспаления. В эпигастрии визуально определяется «выбухание»

Дневник науки | www.dnevniknauki.ru | СМИ Эл № ФС 77-68405 ISSN 2541-8327

размерами 15×16 см, при пальпации плотно - эластическое, малоболезненное, ограниченно смещаемое, флюктуирующее. В остальных отделах живот не вздут, мягкий, безболезненный. Правая доля печени - до +3 см из-под края реберной дуги. Селезенка: не пальпируется. Пальпация органов брюшной полости безболезненна. Другие опухолевидные образования в брюшной полости: пальпаторно не определяются.

По плановым показаниям пациентка госпитализирована в хирургическое отделение с диагнозом: эхинококковые кисты правой и левой доли печени и левого легкого. Проведены клинические исследования крови и мочи. По лабораторно – клиническим данным анализ мочи – без особенностей. Общий анализ крови: эритроциты – $2,9 \times 10^9/\text{л}$; Hb -77 г/л; лейкоциты – $17,21 \times 10^9/\text{л}$; лейкоцитарная формула – нейтрофилы – 63%; лимфоциты – 17,1%; моноциты – 4,5%; эозинофилы – 14%; базофилы – 0,3%; СОЭ – 45 мм/ч. Таким образом, в анализе крови выявлены лейкоцитоз, анемия средней степени тяжести, увеличение СОЭ.

По биохимическому анализу крови: глюкоза – 5,4 ммоль/л; общий белок – 89 г/л; альбумин – 40 г/л; холестерин – 5,2 ммоль/л; общий билирубин – 5,62 мкмоль/л; прямой билирубин – 4,68 мкмоль/л; АЛТ – 17 ед/л; АСТ – 21 ед/л; щелочная фосфатаза – 231 ед/л; мочевины – 3,40 ммоль/л; креатинин – 94 мкмоль/л; ЛДГ – 436 ед/л; Вывод: незначительное увеличение общего белка.

По данным УЗИ брюшной полости в правой и левой доле печени определяется округлое анэхогенное образование, с четкими ровными гиперэхогенными контурами с однородным мелкодисперсным содержимым, единичными гиперэхогенными неполными перегородками, размерами 130x115x170 мм. В правой доле в 6,7 сегментах аналогичное образование с однородным содержимым 80x88x83 мм.

По данным КТ брюшной полости печень увеличена в размерах. ККР правой доли 17,3 см, ККР левой доли 16,8 см, контуры ровные, структура однородна. В 8 сегменте правой доли определяется полостное образование с однородным содержимым, плотными стенками, размерами 9,2x8,1x8,8 см. Аналогичное образование отмечается в левой доле печени, размерами 14x11,6x16 см. (рисунок 1)



Рисунок 1. Кисты эхинококка в левой и правой доле печени.

Примечание: авторская разработка

По данным КТ грудной клетки в нижней доле левого легкого в легочной паренхиме определяется жидкостное образование, с четкими и неровными контурами, неправильной овальной формы, с толстыми плотными стенками (4 мм), размерами 77x55x48 мм, неоднородной структуры.

С целью уточнения этиологии кисты был проведен серологический тест. Исследование на anti – Echinococcus IgG – результат положительный.

При осмотре в день операции: состояние удовлетворительное. Жалобы на деформацию, увеличение размеров живота, чувство тяжести в эпи- и мезогастральных областях, ноющие умеренные боли в левом подреберье.

Под интубационным наркозом бисубкостальным доступом выполнена лапаротомия. Левая доля печени за исключением 1 и 4го сегментов представлена гигантской кистой 15x18x18 см с толстой стенкой. Между печенью и диафрагмой грубейший спаечный процесс. Спайки рассечены, левая доля печени с кистой мобилизована. Правая доля печени несколько увеличена, вишневого цвета, в проекции 6 - 7 сегментов киста (рисунок 2) с толстыми стенками 10 см в диаметре. Учитывая находку, данные дополнительных методов обследования, с целью сохранения функции печени принято решение о резекции измененных сегментов печени. Выделены элементы гепатодуоденальной связки. Воротная вена взята на превентивный турникет. Выполнена резекция 1, 2, 3 сегментов печени с перевязкой и пересечением левой печеночной вены. Левая воротная вена дифференцирована, притоки на 1,2, 3 элементы перевязаны, пересечены. Измененная левая доля печени удалена, оставлен 4-й сегмент. Линия резекции левой доли печени укрыта пластиной тахокомба. В проекции 6-7го сегментов на висцеральной поверхности киста с толстыми стенками 10 см в диаметре, выполнена атипичная резекция указанных сегментов в пределах здоровых тканей. При резекции обнаружена инвазия фиброзной капсулы в нижнюю полую вену, выполнено иссечение стенки с ушиванием дефекта. Для дифференцировки внутripеченочных протоков выполнена холедохотомия, ревизия протоков зондом, правый и левый проходимы. Выполнена холецистэктомия, холедох 0,3 см ушит на дренаже Кера. Подпеченочное пространство, поддиафрагмальное пространство дренированы ПХВ-трубками, дренажи выведены в правом и левом подреберьях через контрапертуры. Операционная рана ушита послойно, наглухо. Далее пациентка получала антибактериальную, инфузионную, обезболивающую терапию, на операционную рану накладывали сухую повязку.

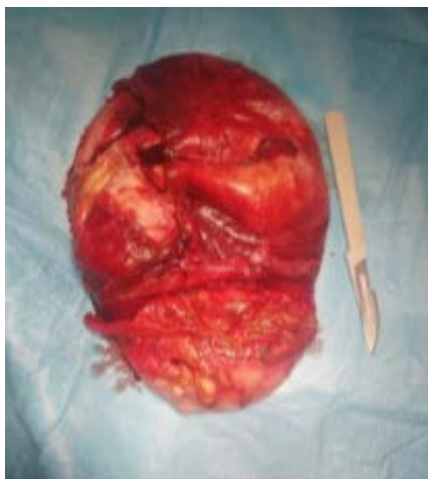


Рисунок 2. Киста печени.

Примечание: авторская разработка

Гемотрансфузия эритроцитарной взвесью была проведена пациентке 22.02.2024 в связи со снижением содержания гемоглобина (Hb – 79 г/л). На момент проведения процедуры состояние пациентки удовлетворительное. Дыхание везикулярное, проводилось во все отделы, хрипов нет, частота дыхательных движений 16 в минуту, сатурация - 98%. Частота сердечных сокращений - 78 в минуту, артериальное давление: 120/75 мм. рт.ст.

Пациентка была выписана в удовлетворительном состоянии 01.03.2024г. Течение послеоперационного периода неосложнённое. Вторым этапом пациентке предполагается торакотомия, резекция левого легкого.

Результаты и их обсуждение: Наличие клиники гигантского объемного образования левой доли печени, объемного образования 6 – 7 сегментов правой доли печени (эхинококковые кисты), кисты левого легкого является показанием к операции. Была выполнена лапаротомия, левосторонняя гемигепатэктомия, резекция правой доли печени под наркозом. Левая доля печени за исключением 1 и 4го сегментов представлена гигантской кистой 15x18x18 см с толстой стенкой. Между печенью и диафрагмой грубейший спаечный процесс. Спайки рассечены, левая доля печени с кистой мобилизована. Правая доля печени

несколько увеличена, вишневого цвета, в проекции 6 - 7 сегментов киста с толстыми стенками 10 см в диаметре. Учитывая находку, данные дополнительных методов обследования, с целью сохранения функции печени принято решение о резекции измененных сегментов печени. в связи со снижением содержания гемоглобина (Hb – 79 г/л). На момент проведения процедуры состояние пациентки удовлетворительное. Дыхание везикулярное, проводилось во все отделы, хрипов нет, частота дыхательных движений 16 в минуту, сатурация - 98%. Частота сердечных сокращений - 78 в минуту, артериальное давление: 120/75 мм. рт.ст.

Пациентка была выписана в удовлетворительном состоянии. Течение послеоперационного периода неосложнённое. Вторым этапом пациентке предполагается торакотомия, резекция левого легкого.

Вывод: Учитывая гигантские размеры эхинококковых кист печени, наличие круглой эхинококковой кисты левого легкого, принято обоснованное решение двухэтапного хирургического лечения пациентки с целью минимизации операционной травмы.

Библиографический список

1. Schantz PM, Kern P, Brunetti E. Echinococcosis. In Tropical Infectious Diseases. 2011. p.824-838
2. Амиреев С.А., Бекшин Ж.М., Муминов Т.А. и др. Стандартные определения случаев и алгоритмы мероприятий при инфекционных болезнях. Практическое руководство, 2-ое издание дополненное. - Алматы, 2014 г.- 638с.
3. Сергиев В.П., Ющук Н.Д., Венгеров Ю.Я., Завойкин В.Д. Тропические болезни. Руководство для врачей.- М.: Изд.БИНОМ, 2015.- 640 –С.535-548.

4. Brunetti E., Kern P., Vuitton D.A. Expert consensus for the diagnosis and treatment of cystic and alveolar echinococcosis in humans. //ActaTropica, 2010. – Vol.114,N1. – P.1-16.
5. Patkowski W, Krasnodębski M, Grąt M, Masior L, Krawczyk M. Surgical treatment of hepatic Echinococcus granulosus. PrzGastroenterol. 2017;12(3):199-202. Brunetti E, Tamarozzi F, Macpherson C, Filice C, Piontek MS, Kabaalioglu A, Dong Y, Atkinson N, Richter J, Schreiber-Dietrich D, Dietrich CF. Ultrasound and Cystic Echinococcosis. Ultrasound Int Open. 2018 Sep;4(3):E70-E78. doi: 10.1055/a-0650-3807. Epub 2018 Oct 23.
6. Абдуллаев, А.М. Психологические аспекты при выборе активной или выжидательной тактики лечения эхинококкоза печени при малых размерах кист / А.М. Абдуллаев [и др.] // Казанский медицинский журнал. – 2015. – Т.96, №2. – С. 144-149.
7. Тришин, М.В. Роль мелкого рогатого скота индивидуальных хозяйств в поддержании эпидемического процесса эхинококкоза / М.В. Тришин [и др.] //Медицинский альманах. – 2016. – №3. – С. 130-132.

Оригинальность 83%