КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТА С НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

CLINICAL CASE OF LIVER ECHINOCOCCOSIS IN A PATIENT WITH DRUG ADDICTION

Стяжкина С.Н., доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии Ижевской государственной медицинской академии, Ижевск, Россия

Зайцев Д.В., кандидат медицинских наук, заведующий хирургическим отделением в БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР», врач-хирург высшей квалификационной категории

Семякова К.С., студентка лечебного факультета Ижевской государственной медицинской академии, Ижевск, Россия

Орлова А.В., студентка лечебного факультета Ижевской государственной медицинской академии, Ижевск, Россия

Styazhkina S.N. sstazkina064@gmail.com

Zaitsev D.V. zaitzev@gmail.com

Semyakova K. S. kristina_aze@mail.ru

Orlova A.V. aniu.anya@yandex.ru

Аннотация

Научная проблема, посвящённая вопросу эхинококкоза печени, занимает первое место по частоте проявлений инвазии и является одним из распространённых заболеваний Российской Федерации. В Удмуртской Республике эпидемиологическая обстановка по отношению к эхинококкозу ухудшилась за последние годы. На данный момент заболеваемость составляет 3-6 случаев на 100 000 населения. У 50% заболевших заражение произошло в сельских районах Удмуртии, а в остальных - заражение носило завозной

характер из Таджикистана, Узбекистана, Казахстана, Туркмении, Оренбургской области, Краснодарского края. Неблагополучными по эхинококкозу районами в Удмуртии являются Сапапульский, Камбарский, Воткинский, Каракулинский р айоны.

На начальных стадиях развития болезни диагностика эхинококкоза для клинициста является затруднительной, поскольку клинические проявления эхинококкоза на ранних стадиях развития практически отсутствуют. Чаще всего заболевание диагностируют случайным образом при проведении инструментальных методов диагностики: УЗИ печени, рентгенография органов грудной клетки, МРТ.

Annotation

The scientific problem devoted to the issue of liver echinococcosis occupies the first place in terms of the frequency of manifestations of invasion and is one of the most common diseases of the Russian Federation. In the Udmurt Republic, the epidemiological situation with respect to echinococcosis has deteriorated in recent years. At the moment, the incidence is 3-6 cases per 100,000 population. In 50% of the cases, the infection occurred in rural areas of Udmurtia, and in the rest-the infection was imported from Tajikistan, Uzbekistan, Kazakhstan, Turkmenistan, the Orenburg region, and the Krasnodar Territory. The districts in Udmurtia that are unfavorable for echinococcosis are Sarapulsky, Kambarsky, Votkinsky, and Karakulinsky districts.

At the initial stages of the disease, the diagnosis of echinococcosis is difficult for the clinician, since the clinical manifestations of echinococcosis in the early stages of development are practically absent. Most often, the disease is diagnosed randomly with instrumental diagnostic methods: ultrasound of the liver, chest X-ray, MRI.

Ключевые слова: эхинококкоз, заболеваемость, взрослые, киста, печень, диагностика, лечение

Keywords: echinococcosis, morbidity, adults, cyst, liver, diagnosis, treatment

Цель: Оценить особенность клинического проявления и степень выраженности клинических симптомов эхинококкоза печени у больного с неизвестной этиологией и давностью инфицирования.

Эхинококкоз печени - это одно из наиболее распространенных паразитарных заболеваний, которое вызвано ленточным червем Echinococcus, в основе которого лежит образование кист в печени. В большей степени он поражает правую долю печени, у некоторых больных выявляются множественные кисты[1].

Этология эхинококкоза. Промежуточными хозяевами паразита являются человек и сельскохозяйственные животные. При этом человек является биологическим тупиком в развитии паразита. Окончательным хозяином среди домашних питомцев являются собаки и кошки. Паразит обитает в кишечнике этих животных в виде зрелых червей. Их яйца с фекалиями попадают в водоемы, почву, на фрукты, овощи. В дальнейшем яйца эхинококка попадают в организм человека с немытых фруктов, овощей, рук.[2].

Патогенез эхинококкоза. Эхинококковая киста представляет собой пузырь, который заполнен жидкостью. Данная жидкость играет роль защитной питательной среды для выводковых капсул и сколексов. Стенка эхинококковой кисты состоит из двух оболочек: наружной хитиновой и внутренней зародышевой[3]. Вокруг развивающейся кисты формируется фиброзная капсула, в которой нередко откладываются соли кальция. Внутренняя зародышевая оболочка продуцирует выводковые капсулы со сколексами, дочерние пузыри. [4].

Яйца эхинококка (онкосфера) покрыты оболочкой, которая растворяется под действием желудочного сока. Высвободившиеся паразиты проникают через слизистую оболочку кишечника и через систему воротной вены попадают в печень, где развиваются в зрелую кисту. Большинство паразитов задерживаются в печеночных синусоидах, поэтому от 54 до 84% эхинококковых кист формируется именно в печени.[5].

Механическое воздействие такой кисты приводит к нарушению функции пораженного органа. Локализация и размеры определяют основную симптоматологию и тяжесть заболевания. Рост паразита аппозиционный и сопровождается сдавлением, атрофией паренхимы пораженного органа.

Большое значение имеет сенсибилизация организма хозяина продуктами

обмена веществ эхинококка, что вызывает явление интоксикации и аллергические реакции, связанные с небольшим надрывом стенок кист. Ярким проявлением аллергической реакции немедленного типа являются эозинофилия и крапивница в результате просачивания эхинококковой жидкости, а в более тяжелых случаях (при вскрытии пузыря) анафилактический шок [6].

Симптоматика эхинококкоза. Выделяют 4 фазы: латентная (бессимптомная,начальная); стадия начальных проявлений; развёрнутая; терминальная стадия (стадия развития осложнений). Латентная фаза начинается с момента проникновения онкосферы в организм до появления первых симптомов болезни. Продолжительность стадии может достигать несколько лет. Больные не предъявляют жалоб, эхинококковые кисты обнаруживают случайно на диспансерных осмотрах или во время операций. В стадии начальных проявлений первыми клиническими симптомами являются признаки аллергизации организма в связи с всасыванием в тканевую жидкость и кровь, через хитиновую оболочку паразита, чужеродных белков. В развёрнутой фазе киста достигает значительных размеров и начинает сдавливать окружающие ткани, появляются следующие симптомы: - чувство тяжести в правом подреберье, распирающие боли в эпигастрии; - при пальпации можно обнаружить гепатомегалию, округлое плотное образование с гладкой поверхностью в правом подреберье или выступающий край печени; -нередко появляется правосторонний френикус-симптом, а также боли, иррадиируюшие в спину, поясничную область, правую лопатку; -пальпация печени обычно безболезненна. Боли усиливаются при нагноении кисты или воспалений в окружающих ее тканей. В развёрнутой фазе при сочетании поражения печени и легких больных может беспокоить: -упорный сухой кашель, кровохарканье, боли в грудной клетке, особенно при глубоком вдохе; -при расположении эхинококковых кист в малом тазу могут возникнуть дизурические явления; -при расположении лавроцисты в почках характерна гематурия;- при локализации эхинококковых кист в головном мозге появляются очаговая неврологическая симптоматика и признаки повышения внутричерепного явления[4,6].

По локализации различают три типа эхинококка печени: передний, нисходящий (абдоминальный) и восходящий (грудной).

На присутствие в организме живого паразита ухудшение состояния проявляется в виде аллергической реакции: крапивница, диарея и др. При сдавлении крупными кистами соседних органов возможно изменение симптоматики. Наиболее частыми осложнениями кистозной формы эхинококкоза являются: желтуха, разрыв кисты, нагноение кисты[1,3].

Диагностика эхинококкоза. Диагностика зачастую представляет трудную задачу, что связано с бессимптомным течением заболевания в раннем периоде его развития. Нередко больные обращаются за медицинской помощью, когда паразитарная киста достигает значительных размеров**.** В диагностике эхинококкоза помогает анамнез больного. Решающую роль отводят дополнительным способам исследования. Наиболее достоверны и просты ультразвуковое исследование (УЗИ) и магнитно резонансная томография.

УЗИ позволяет диагностировать эхинококковые кисты на начальных этапах заболевания. Она представляет собой гипоэхогенное (анэхогенное) образование с двойным контуром. Это и есть хитиновая оболочка, которая выглядит как гиперэхогенный внутренний слой кисты. Фиброзная капсула представлена гиперэхогенным ободком и отделена от хитиновой оболочки гипоэхогенным слоем. При небольших размерах кист наиболее информативна МРТ. В общем анализе крови часто обнаруживается эозинофилия и увеличение скорости оседания эритроцитов, все классы иммуноглобулинов крови повышены[1,6].

ИФА метод диагностики: в ответ на развитие паразита в крови появляются антитела - IgM-антитела и IgG-антитела. Высокие титры антител (выше 1:400) имеют чувствительность 90% . Максимальная выявляемость эхинококкозов ИФА методом (до 98%) наблюдается при локализации эхинококковых пузырей живого паразита в печени, брюшной полости и забрюшинного пространства, а также при множественном и сочетанным поражении.

ПЦР метод молекулярной диагностики позволяет определить наличие возбудителя заболевания, даже если в пробе присутствует всего несколько молекул ДНК возбудителя.

При обзорной рентгенографии отмечается высокое стояние купола диафрагмы или его выпячивание, кальцинаты в проекции эхинококковой кисты. Среди инвазивных способов исследования широкое распространение получили лапароскопия и ангиография. При целиакографии обнаруживают дугообразное оттеснение сосудов печени, характерное для объемного образования[2,7].

Ниже представлено описание случая эхинококкоза печени у пациента с наркологической зависимостью.

Пациент М., 1974 года рождения, 46 лет поступил в стационар 1 РКБ 22.03.2021 г. с диагнозом «Эхинококкоз печени»,ранее состоявший на учете с гепатитом С в БУЗ УР «РКИБ МЗ УР», приобретённым в 20 лет. В течение 20 лет употреблял наркотики, вследствие чего, регулярно проходил лечение. По словам пациента никогда не был в Таджикистане, Узбекистане, Туркменистане и не проходил срочной службы. Часто ездил к бабушке в деревню, где в хозяйстве были овцы, козы, крупный рогатый скот, собаки. И вероятность заражения была именно там, но неизвестно когда.

Считает себя больным около 3-х лет, обнаруженным случайно на УЗИ, во время проверки печени на степень разрушения. В правой доле печени обнаружили объёмное образование, вследствие чего, пациент начал проходить лечение и постоянно наблюдался.

Был выставлен диагноз «Эхинококкоз печени». Прошёл курс терапии реамберином и последние 2 года не посещал врача. В течение всего периода заболевания, со слов пациента, никаких жалоб не предъявлял. На момент поступления появились жалобы на ноющие периодические боли в правом подреберье, чувство дискомфорта, кожный зуд и псориаз. Планово обратился в 1 РКБ для решения вопроса об оперативном лечении.

Объективно при поступлении: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Кожные покровы физиологической окраски. Дыхание в легких везикулярное. Хрипов нет. Перкуторный звук легочной. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 120/80 мм рт.ст., пульс 70 уд/мин. Язык влажный, налёта нет. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, по

пальпации мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёберной дуги, не увеличена. Желчный пузырь не пальпируется. Симптом Лепене, Ортнера отрицательные. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Шумы кишечной перистальтики выслушиваются. Опухолевидных образований в брюшной полости не пальпируется. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон. Отеков нет.

25.11.2020 на ультразвуковой эластографии печени выявлены признаки диффузных изменений паренхимы печени, новообразования правой доли печени, диффузные изменения структуры поджелудочной железы, кисты левой почки. (Рис.1)



Рис.1 Ультразвуковая эластография. Эхинококкоз правой доли печени. Определяется анэхогенное образование с базальным усилением, гипоэхогенным ободком.

При СКТ исследовании брюшной полости (09.02.2021) обнаружили образования правой доли печени (эхинококкоз в стадий угасания?). Невыраженная гепатомегалия. Диффузные изменения паренхимы печени. Кльцинат печени. (Рис.2, Рис.3, Рис.4)

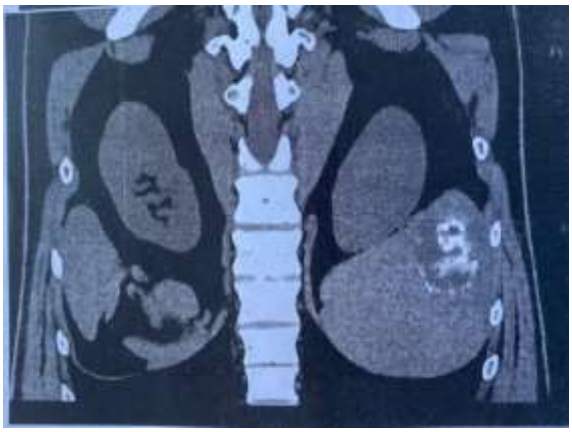


Рис. 2 СКТ органов брюшной полости. Хорошо определяется эхинококковая киста правой доли печени.

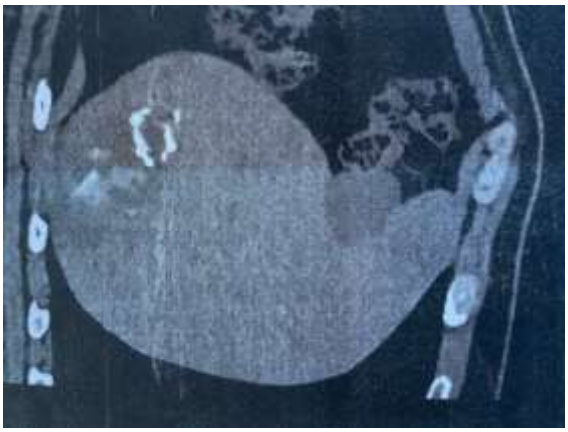


Рис.3 СКТ органов брюшной полости. Образование правой доли печени.

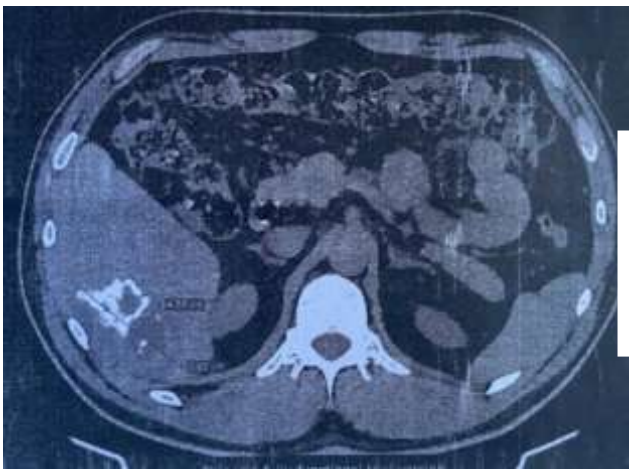


Рис.4 СКТ органов брюшной полости. Образование правой доли печени.

26.02.2021 при магнитно-резонансной холангиопанкреатографии обнаружили признаки объемного образования (эхинококк) S VI, VII печени.

При биохимическом исследований крови получены следующие результаты: повышен общий билирубин за счет непрямого билирубина, значительно повышены АЛТ и АСТ. При общем анализе крови выраженный лейкоцитоз.

Анализ на эхинококкоз методом ИФА от 26.11.2021 – положительно. 23.03.2021 была проведена операция: Локальное иссечение, лапаротомия, резекция VI, VII сегментов печени, дренирование брюшной полости. При операции было извлечено образование 8*6*7 см, эластической плотности, в капсуле, в центре гнойная полость, детрит (Рис.5, Рис.6).

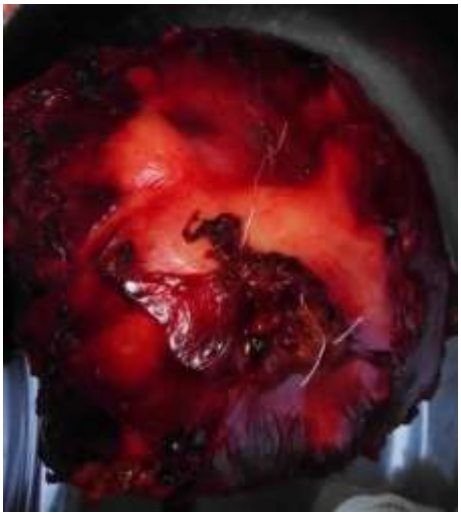


Рис.5 Эхинококковая киста.

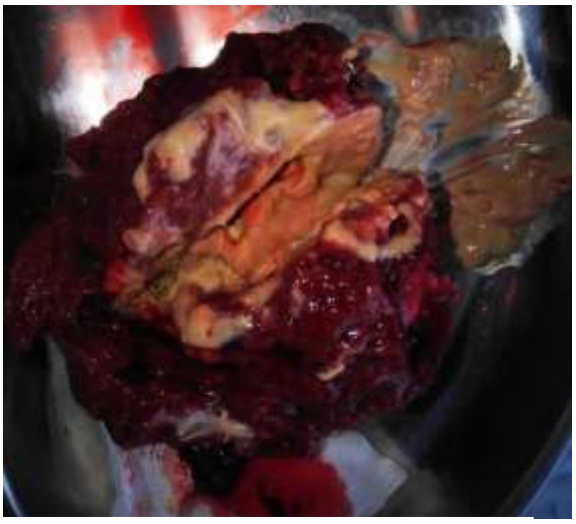


Рис.6 Эхинококковая киста с наличием фиброзной и хитиновой капсулы, в центре гнойная полость, детрит.

Пациент в стационаре провел 22 койко-дня. После операции выписан в удовлетворительном состояний. Рекомендовано: посещение хирурга, инфекциониста, прием гепатопротекторов, ингибиторов протонной помпы.

Заключение: Данный клинический пример еще раз показывает то, что клиническая картина эхинококкоза печени может протекать бессимптомно на начальных этапах заболевания. Из-за отсутствия патогномоничных клинических проявлений затрудняется диагностика эхинококкоза. Больные эхинококкозом, в независимости от объема и локализации кист, всегда должны быть направлены в хирургический стационар.

Литература

1. Ред. издательский отд. ФГБОУ ВО ПГМУ им. акад. Е. А. Вагнера «Очаговые поражения печени» -2019 – 54с
2. Ветшев П.С., Мусаев Г.Х., Фатьянова А.С. Эхинококкоз: основы диагностики и роль миниинвазивных технологий //Анналы хирургической гепатологии, 2015, том 20, №3
3. Ветшев П.С. Абсцессы и кисты печени. Болезни печени и желчевыводящих путей: под редакцией В.Т. Ивашкина. М.: Медицина, 2005 - 414с
4. Сергиев В.П., Легоньков Ю.А., Мусаев Г.Х., Полетаева О.Г., Эхинококкоз цистный (однокамерный): клиника, диагностика, лечение, профилактика. М.: ВекторБест, 2008. 33с
5. Мед. паразитология и паразитарные болезни. Руководство под ред. А.Б. Ходжаян, С.С. Козлова, М.В. Голубевой. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2016; 228-238.
6. Назыров Ф.Г., Сабиров Б.У., Стреляева А.В., Маленков А.Г. Эхинококкоз органов брюшной полости и редких локализаций. СПб.: Медицина. 2004; 520 с.
7. Ордабеков С.О., Акшулаков С.К., Кулакеев О.К. Эхинококковая болезнь. Алматы: Эверо. 2009; 512 с.
8. Стяжкина С.Н. Методы лечения гнойно-септических заболеваний, Ижевск, 2018

Literature

1. Ed. publishing ed. E. A. Wagner Moscow State Medical University "Focal liver lesions" -2019-54c

2. Vetshev P. S., Musaev G. H., Fatyanova A. S. Echinococcosis: fundamentals of diagnosis and the role of minimally invasive technologies //Annals of Surgical Hepatology, 2015, volume 20, No. 3
3. Vetshev P. S. Abscesses and liver cysts. Diseases of the liver and biliary tract: edited by V. T. Ivashkin. M.: Meditsina, 2005-414c
4. Sergiev V. P., Legonkov Yu. A., Musaev G. Kh., Poletaeva O. G., Echinococcosis cystic (single-chamber): clinic, diagnosis, treatment, prevention. Moscow: VektorBest, 2008. 33c
5. Med. parasitology and parasitic diseases. Guide ed. by A. B. Khodjayan, S. S. Kozlov, M. V. Golubeva. Moscow: GEOTAR-Media. 2016; 228-238.
6. Nazyrov F. G., Sabirov B. U., Strelyaeva A.V., Malenkov A. G. Echinococcosis of abdominal organs and rare localizations. 2004; 520 p.
7. Ordabekov S. O., Akshulakov S. K., Kulakeev O. K. Echinococcal disease. Almaty: Evero. 2009; 512 p.
8. Styazhkina S. N. Methods of treatment of purulent-septic diseases, Izhevsk, 2018