КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: ЭХИНОКОККОЗ ПЕЧЕНИ

CLINICAL CASE IN SURGICAL PRACTICE: ECHINOCOCCOSIS OF THE LIVER

УДК 616.36-002.951.21-07-085

Валитова Карина Витальевна, студент 4 курса лечебного факультета, Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск. maleficent@gmail.com

Портнова Екатерина Александровна, студент 4 курса лечебного факультета, Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск. katya.portnova1999@list.ru

Под руководством д.м.н., профессора кафедры факультетской хирургии ИГМА **Стяжкиной Светланы Николаевны**, sstazkina064@gmail.com;

Valitova Karina Vitalievna, student, Izhevsk State Medical Academy, the faculty of general medicine, fourth year studying, maleficent@gmail.com

Portnova Ekaterina Aleksandrovna, student, Izhevsk State Medical Academy, the faculty of general medicine, fourth year studying, katya.portnova1999@list.ru

Under the guidance of Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Faculty Surgery of the Institute of State Medical Academy of Sciences **Svetlana Nikolayevna Styazhkina** , sstazkina064@gmail.com;

Аннотация

Эхинококкоз – одно из наиболее тяжелых паразитарных заболеваний печени, в основе которого лежит формирование кист в печени. Возбудителем является цепень *Echinococcus granulosus*, который паразитирует у плотоядных

животных и для полного развития которого необходим промежуточный хозяин – человек и сельскохозяйственные животные. Эпидемиология и клиническая картина эхинококкоза в настоящее время хорошо известны, однако, вопросы ранней диагностики и эффективного хирургического лечения недостаточно изучены. В связи с этим, в данной статье приводится анализ клинического случая эхинококкоза печени, выявленный в БУЗ УР «1 РКБ» МЗ УР.

Annotation

Echinococcosis is one of the most severe parasitic diseases of the liver, which is based on the formation of cysts in the liver. The causative agent is the tapeworm Echinococcus granulosus, which parasitizes in carnivores and for the full development of which an intermediate host is needed - humans and farm animals. The epidemiology and clinical picture of echinococcosis are now well known, however, the issues of early diagnosis and effective surgical treatment are not well understood. In this regard, this article provides an analysis of a clinical case of liver echinococcosis, identified in the BUZ UR "1 RCH" MH UR.

Ключевые слова: паразитарные заболевания печени, эхинококкоз, кисты в печени, промежуточный хозяин, оперативное лечение.

Key words: parasitic liver diseases, echinococcosis, cysts in the liver, intermediate host, surgical treatment.

Цель исследования: изучить аспекты, связанные с эхинококкозом печени у пациента, находившегося на лечении в хирургическом отделении БУЗ УР «1 РКБ» МЗ УР.

Материалы и методы: история болезни исследуемого пациента.

Эхинококкоз - частое заболевание животных и человека, вызываемое ленточным гельминтом - эхинококком *(Echinococcus granulosus)*. У части животных - овец, коз, коров, свиней - он паразитирует в виде пузырчатой формы, а собаки, волки, шакалы и лисы, поедая внутренности заражённых животных, заражаются сами и становятся источником заражения людей.

Яйца гельминтов, попав в кишечник человека, освобождаются от оболочки, из неё выходит зародыш, проникающий в стенку кишки и попадающий в кровеносные и лимфатические сосуды. По системе воротной вены зародыши попадают в печень. Здесь задерживается и начинает развиваться до 60-70% паразитов, но часть из них проходит печёночный барьер и попадает в малый круг кровообращения, а затем в капилляры лёгких (до 10-15% зародышей). Реже паразит проходит лёгочный барьер и попадает по лёгочным венам в левое предсердие, затем в желудочек и далее - в большой круг кровообращения. Прошедшие этот путь зародыши могут быть занесены в любой орган - почки, селезёнку, мышцы, щитовидную железу, половые органы и др. Чаще происходит поражение печени (около 70%) и лёгких (около 15%), реже - других органов. [5, с.620].

В месте фиксации зародыш теряет крючья и начинает развиваться в новую форму - гидатидозную, или пузырчатую. Эхинококковый пузырь представляет собой кистозное полостное образование - кисту с хитиновой оболочкой, наполненную прозрачной белой или опалесцирующей жидкостью. Пузырь начинает медленно расти, за месяц его диаметр увеличивается на 1 мм. Эхинококковая киста может достигать громадных размеров - до 15-20 см в диаметре. При своём росте киста вызывает сдавление и атрофию окружающих тканей, например печени, лёгкого. Давление на ткани вызывает вокруг кисты асептическое продуктивное воспаление и образование фиброзной капсулы.

На внутренней поверхности хитиновой оболочки, в зародышевом слое, образуются дочерние пузыри и сколексы, в дочерних пузырях - новые поколения сколексов (внучатые пузыри).

Клиническая картина

Патогномоничных клинических признаков эхинококк не имеет. Расти и развиваться паразит может годами и даже десятилетиями, порой до 30-40 лет. Довольно часто кисты достигают больших размеров, ничем себя не проявляя.

В клиническом течении эхинококковой болезни выделяют три стадии.

• I стадия - *бессимптомная,* начинается с момента внедрения в ткань органа личинки (онкосферы) и до появления клинических признаков. Продолжительность этой стадии различна и зависит от локализации кисты: при эхинококкозе глаза, мозга период короткий, при поражении печени, лёгких - длительный.

• II стадия - стадия *клинических проявлений,* обусловлена большим размером кисты. Появляются боли различной интенсивности - в зависимости от локализации кисты, растяжения и давления опухоли на фиброзную оболочку печени, капсулу селезёнки, плевру, надкостницу; при этом возникают боли в правом или левом подреберье, груди, конечностях. Возможно появление слабости, недомогания, крапивницы, кожного зуда, тошноты, кашля. При клиническом обследовании больного выявляют увеличение печени, селезёнки, безболезненное выпячивание и припухлость в зоне локализации кисты в мышцах, костях, печени.

• III стадия - стадия *осложнённого эхинококкоза.* Перфорация, прорыв кисты в полые органы (брюшную, плевральную полости) сопровождаются выраженным болевым синдромом, вплоть до болевого шока (тахикардия, слабый пульс, падение АД), признаками перитонита, плеврита. При нагноении эхинококковой кисты (самое частое из всех осложнений) усиливаются боли в месте припухлости, присоединяются озноб, профузный пот, тяжёлая интоксикация, повышение температуры тела до 40-41 С гектического характера. [7, с. 654].

Результаты и обсуждение: Больной М., 1974 года рождения, поступил 22.03.21 в стационар в плановом порядке с жалобами на ноющие периодические боли в правом подреберье, чувство дискомфорта.

Развитие заболевания: считает себя больным около 3 лет, когда случайно на УЗИ обнаружили объемное образование в правой доле печени. Пациент обследовался, выставлен диагноз: эхинококкоз печени. В динамике рост кисты, рекомендовано плановое оперативное лечение. 22. 03. 2021 поступает в х/о 1 РКБ на плановое оперативное лечение.

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, налета нет. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги, не увеличена. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы 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. [3, с.204]

Диагноз клинический: эхинококковая болезнь печени. Киста правой доли печени.

Данные лабораторных и инструментальных методов обследования:

Общий анализ крови от 25.03.21: WBC= 14,90*10^9/л, RBC= 3,6*10^12/л, HGB= 114 г/л, PLT= 147*10^9/л, HCT= 34,3%.

Биохимический анализ от 25.03.21: АЛТ – 270,15 ед/л, АСТ – 395,66 ед/л, билирубин общий – 29 мкмоль/л, билирубин прямой – 10,35 мкмоль/л.

Анализ на эхинококкоз методом ИФА от 26.11.20: положительно.

Анализ мочи от 11.03.21: цвет с/ж, прозрачная, плотность – 1030 г/л, белок – 0, pH=5,5, лейкоциты - 0, кетоновые тела – 0, уробилиноген – 3,4.

УЗИ от 25.03.21: В проекции 6го сегмента линейная эхогенная структура до 10 см, без убедительных жидкостных скоплений и имбибициии ткани.

МРТ от 26.02.21: признаки объемного образования (эхинококк) S VI, VII печени.

СКТ от 19.02.21: образование в правой доле печени, невыраженная гепатомегалия. Диффузное изменение паренхимы печени. Кальцинат печени. Невыраженные дистрофические изменения позвоночника на уровне исследования. [2, с.552]

23.03.21. Было проведено оперативное лечение: локальное иссечение и разрушение сегмента печени. Лапаротомия, резекция VI, VII сегментов печени, дренирование брюшной полости.

Протокол операции: под интубационным наркозом бисубкостальным доступом выполнена лапаротомия, брюшина блестящая, выпота нет. Печень увеличена, вишневого цвета, очаги диссеминации не обнаружены. В проекции VI, VII сегментов печени, обнаружено образование 8х6х7 см, деревянистой плотности, в капсуле. Выполнена резекция VI, VII сегментов печени фиссуральным способом. Порционно выделяя и перевязывая протоковые и сосудистые структуры, в пределах здоровых тканей выполнена резекция объемного образования без вскрытия просвета. Дополнительный гемостаз П-образными швами вдоль линии резекции. Контроль гемостаза – сухо. Линия резекции левой доли печени укрыта фибрилларом. Правое поддиафрагмальное пространство дренировано ПХВ-трубкой, дренаж выведен в правом подреберье, через контрапертуру. Операционная рана ушита послойно, наглухо, асептическая повязка. [4, с.197], [5, с.626].

Состояние пациента после операции стабильное, живот умеренно болезненный в области послеоперационной раны. Благодаря своевременной диагностике и правильно подобранной тактике хирургического лечения исход операции благоприятный, пациент переведен для дальнейшего лечения в профильное отделение.

Литература

1. Назыров Ф.Г., Ильхамов Ф.А. Классификация эхинококкоза печени и методов его хирургического лечения //Анналы хирургической гепатологии. 2005. Т. 10. № 1. С. 8
2. Ивашкин, В. Т. Гастроэнтерология / Под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 704 с.
3. Учайкин, В. Ф. Инфекционные болезни. Атлас : руководство / Учайкин В. Ф. , Харламова Ф. С. , Шамшева О. В. , Полеско И. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 384 с.

4. Альперович, Б. И. Хирургия печени / Альперович Б. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 352 с.
5. Толстокоров, А. С. Хирургическая тактика у больных эхинококкозом печени / А. С. Толстокоров, Ю. С. Гергенретер // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2009. – Т. 5, № 4. – С. 626–629.
6. Эхинококкоз: диагностика и современные методы лечения / А. Н. Лотов, А. В. Чжао, Н. Р. Черная // Трансплантология. – 2010. – № 2. – С. 18–26.
7. Общая хирургия: учебник / Гостищев В.К. - 4-е изд., перераб. и доп. - 2010. - 848 с.

Literature

1. Nazyrov F.G., Ilkhamov F.A. Classification of liver echinococcosis and methods of its surgical treatment // Annals of surgical hepatology. 2005.Vol. 10.No. 1.P. 8
2. Ivashkin, VT Gastroenterology / Ed. V. T. Ivashkina, T. L. Lapina - Moscow: GEOTAR-Media, 2008 .-- 704 p.
3. Uchaikin, V. F. Infectious diseases. Atlas: leadership / Uchaikin V.F., Kharlamova F.S., Shamsheva O.V., Polesko I.V. - Moscow: GEOTAR-Media, 2010 .- 384 p.
4. Alperovich, BI Liver surgery / Alperovich BI - Moscow: GEOTAR-Media, 2013. - 352 p.
5. Tolstokorov A. S., Gergenreter Yu. S. Saratovskiy nauchno-meditsinskiy zhurnal [Saratov scientific medical journal]. 2009, vol. 5, no. 4, pp. 626–629.
6. Lotov A. N., Chzhao A. V., Chernaya N. R. Transplantologiya [Transplantology]. 2010, no. 2, pp. 18–26.
7. General surgery: textbook / Gostishchev V.K. - 4th ed., Rev. and add. - 2010 .- 848 p.