Клиническое наблюдение

DOI: 10.16931/1995-5464.20153129-132

Лечение рецидивного эхинококкоза брюшной полости, забрюшинного пространства и средостения с применением чрескожных миниинвазивных технологий*Дурлештер В.М.^{1,3}, Андреев А.В.^{1,3}, Кулаков А.А.², Токаренко Е.В.¹*¹ ГБУЗ “Краевая клиническая больница №2”; 350012, Краснодар, ул. Красных партизан, д. 6/2, Российская Федерация² МБУЗ г. Сочи “Городская больница №3”; 354037, Сочи, ул. Самшитовая, д. 4, Российская Федерация³ ГБУ ВПО “Кубанский государственный медицинский университет” МЗ РФ г. Краснодара; 350063, Краснодарский край, г. Краснодар, ул. Седина, д. 4, Российская Федерация

Представлено клиническое наблюдение эхинококкового поражения печени с распространением в забрюшинное пространство и средостение у пациентки с рецидивным эхинококкозом. Приведен обзор литературы, показаны трудности своевременной диагностики, обследования и миниинвазивного лечения этой сложной категории больных.

Ключевые слова: эхинококкоз, рецидивный процесс, миниинвазивная хирургия, осложнения.

Treatment of Recurrent Echinococcosis of Abdominal Cavity, Retroperitoneum and Mediastinum by means of Percutaneous Minimally Invasive Techniques*Durleshter V.M.^{1,3}, Andreev A.V.^{1,3}, Kulakov A.A.², Tokarenko E.V.¹*¹ Regional Clinical Hospital №2; 6/2, Krasnykh Partisan str., Krasnodar, 350012, Russian Federation² Sochi City Hospital №3; 4, Samshytovay str., Sochi, 354037, Russian Federation³ Kuban State Medical University of Ministry of Health of the Russian Federation; 4, Sedin str., Krasnodar, 350063, Russian Federation

We present clinical observation of liver echinococcosis with lesion of retroperitoneal space and mediastinum in patient with recurrent echinococcosis. Literature review and difficulties of timely diagnosis, examination and minimally invasive treatment of these patients are showed.

Key words: echinococcosis, recurrent process, minimally invasive surgery, complications.

Эхинококкоз человека, являясь опасным паразитарным заболеванием, в настоящее время продолжает оставаться серьезной медицинской проблемой. Это заболевание, характеризующееся тяжелым длительным течением и прогрессированием при отсутствии надлежащего лечения, встречается во многих странах мира. Одними из основных эндемичных очагов эхинококкоза в России являются южные регионы, включая Краснодарский край [1–6]. Сочетанные формы эхинококкоза, отличающиеся наиболее тяжелым течением, заслуживают особого внимания. Частота сочетанных поражений эхинококкозом легких и других органов варьирует от 10 до 18% [7]. Дооперационное распознавание этих форм эхинококкоза требует всестороннего обследования больных, поскольку общепринятый поиск не всегда гарантирует обнаружение скрытых и мелких кист. Иногда сочетанный эхинококкоз одно-

го из органов распознается поздно ввиду того, что после диагностики поражения одного органа недостаточно полно обследуются другие органы. Диагностика сочетанного поражения легких, печени и других органов сложна и имеет важное практическое значение, поскольку установление точного диагноза позволяет выбрать рациональный операционный доступ и определить лечебную тактику и объем предстоящей операции. Актуальность лечения сочетанного эхинококкоза печени и других органов связана с трудностью определения последовательности операций, выбора доступа и объема оперативного вмешательства при одновременном поражении легких, печени и других органов, особенно при осложненных формах заболевания. Ряд вопросов диагностики и хирургической тактики при сочетанном эхинококкозе, в том числе роль миниинвазивной хирургии [8–11], до настоящего времени

Рис. 1. Ультразвуковая сканограмма. Эхинококкоз печени. Эхинококковые кисты V и VIII сегментов печени.

Рис. 2. Ультразвуковая сканограмма. Эхинококкоз печени. Эхинококковые кисты VI и VII сегментов печени.

окончательно не решены, являются спорными и не имеют единой общепризнанной тактики. С этих позиций изучение каждого наблюдения успешного излечения сочетанных форм эхинококкоза легкого, печени и других органов представляет несомненный научный и практический интерес. Приводим клиническое наблюдение.

Больная 1972 года рождения, жительница Республики Дагестан, госпитализирована в хирургическое отделение №1 ККБ №2 г. Краснодара 11.07.2012 в плановом порядке с диагнозом: эхинококкоз печени с распространением в забрюшинное пространство, средостение, правую плевральную полость. Предъявляла жалобы на боль в правом подреберье, иррадиирующую в лопатку, тошноту, изжогу, горечь во рту. Из анамнеза выяснено, что пациентка более 15 лет страдает эхинококкозом. Дважды — в 1998 и 2008 гг. — оперирована по этому поводу на печени и легком. Впоследствии выписки были утеряны. Последний месяц больную беспокоила боль в правом подреберье и в области правой половины грудной клетки. При госпитализации состояние удовлетворительное. Пра-

вильного телосложения. Периферические лимфоузлы не увеличены. В седьмом межреберье справа послеоперационный рубец после торакотомии. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий. В правом подреберье рубец после разреза типа Кохера. Определяется болезненность при пальпации в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь II степени, риск 2, хроническая сердечная недостаточность 1-й степени. Выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ), диагностированы множественные кисты печени (рис. 1, 2), забрюшинной клетчатки, правой плевральной полости. При рентгенографии грудной клетки — высокое стояние правого купола диафрагмы. Компьютерная томография (КТ): множественные кисты печени, забрюшинной клетчатки, средостения. Антитела к антигенам эхинококка слабо положительные. После предоперационной подготовки 19.07.2012 больная оперирована. Выполнены дренирование, противопаразитарная обработка, удаление хитиновой оболочки кист печени, забрюшинной клетчатки и средостения под контролем УЗИ (рис. 3). Доступ к кистозным об-

Дурлештер Владимир Моисеевич — профессор, доктор мед. наук, заместитель главного врача по хирургии ГБУЗ «Краевая клиническая больница №2» г. Краснодара, профессор кафедры хирургии №1 ФПК и ППС ГБУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» МЗ РФ. **Андреев Андрей Викторович** — доктор мед. наук, заведующий отделением рентгенохирургических и ультразвуковых методов диагностики и лечения №1 ГБУЗ «Краевая клиническая больница №2» г. Краснодара, профессор кафедры хирургии №2 ФПК и ППС ГБУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» МЗ РФ. **Кулаков Андрей Анатольевич** — канд. мед. наук, доцент, заведующий приемным отделением МБУЗ г. Сочи «Городская больница №3». **Токаренко Евгений Владимирович** — врач-хирург хирургического отделения №1 ГБУЗ «Краевая клиническая больница №2» г. Краснодара.

Для корреспонденции: Кулаков Андрей Анатольевич — 354053, Краснодарский край, г. Сочи, ул. Крымская, 20-7. Тел.: 8-989-756-56-96. E-mail: kulakov111@gmail.com

Durleshter Vladimir Moiseevich — Doct. of Med. Sci., Professor, Deputy Chief Doctor in Surgery at the Regional Clinical Hospital №2 of Krasnodar, Professor at the Surgery Department №1, Kuban State Medical University of Ministry of Health of the Russian Federation, Krasnodar. **Andreev Andrey Viktorovich** — Doct. of Med. Sci., Head of the Department of X-ray Surgery and Ultrasound Diagnosing and Treatment Methods, Regional Clinical Hospital №2 of Krasnodar, Professor at the Chair of Surgery №2, Kuban State Medical University of Ministry of Health of the Russian Federation, Krasnodar. **Kulakov Andrey Anatolevich** — Cand. of Med. Sci., Associate Professor, Head of Admission Department at the Sochi City Hospital №3. **Tokarenko Evgeniy Vladimirovich** — Surgeon at the Surgery Department №1, Regional Clinical Hospital №2, Krasnodar.

For correspondence: Kulakov Andrey Anatolevich — 20-7, Crymskaya str., Krasnodar region, Sochi, 354053, Russian Federation. Phone: 8-989-756-56-96. E-mail: kulakov111@gmail.com

Рис. 3. Интраоперационное фото. Состояние после миниинвазивного вмешательства под контролем УЗИ. Дренажированы кисты печени (крупные трубки), средостения и забрюшинной клетчатки справа (дренажи малого диаметра).

разованиям печени осуществлен чрескожно чреспеченочно, при этом траекторию выбирали с учетом прохождения инструмента через максимальное число кистозных полостей. Для дренирования эхинококковых кист печени потребовалось 4 доступа с установкой крупнокалиберных силиконовых двухпросветных дренажей 34 Fr. Доступ к кисте забрюшинной локализации осуществлен внебрюшинно одним дренажным катетером 12 Fr. Доступ к кисте средостения осуществлен чрескожно чреспеченочно, где печень являлась хорошим акустическим окном для объекта пункции, установлен также дренажный катетер 12 Fr. Выполнена активная аспирация содержимого кист. При микроскопии нативных препаратов обнаружены сколексы эхинококка. Интраоперационно выполнены противопаразитарная обработка и удаление элементов хитиновой оболочки 1% раствором гипохлорита натрия с временной экспозицией препарата в полости кисты 1–2 мин и активной аспирацией. Санацию выполняли до полного удаления элементов хитиновой оболочки. Ранний послеоперационный период протекал тя-

Рис. 4. Фистулограмма. Дренажи, установленные в полости кист печени и забрюшинной клетчатки.

Рис. 5. Фистулограмма. Дренаж в полости кисты средостения.

Рис. 6. Ультразвуковая сканограмма. Состояние через 6 мес после чрескожного миниинвазивного лечения. Остаточные полости в паренхиме печени отсутствуют.

Рис. 7. Ультразвуковая сканограмма. Состояние через 6 мес после чрескожного миниинвазивного лечения. Проекция через ворота печени, остаточных полостей нет.

Рис. 8. Компьютерная томограмма. Состояние через 6 мес после чрескожного миниинвазивного лечения.

желю, больная находилась в отделении интенсивной терапии, проводилась интенсивная инфузионная, антибактериальная, антипаразитарная терапия (альбендазол), профилактика стрессовых язв, тромбоэмболических осложнений и трофических нарушений. Отмечены субфебрилитет и гнойное отделяемое по дренажам, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, что потребовало проведения чресдренажных санаций, замены и коррекции дренажей под рентгенологическим контролем (рис. 4, 5). Благодаря проводимому лечению состояние больной стабилизировалось, 04.09.2012 выполнена смена дренажей на трубки меньшего диаметра с последующим их удалением. В удовлетворительном состоянии 09.10.2012 выписана из стационара. Через 6 мес выполнены контрольные УЗИ (рис. 6, 7) и КТ (рис. 8) — остаточных кистозных полостей не выявлено.

Клиническое наблюдение демонстрирует успешное применение миниинвазивного хирургического лечения у пациентки с рецидивным эхинококкозом. В своей клинической работе авторы придерживаются решений XVIII Международного конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ (Москва, 2011) и считают возможным и целесообразным применение миниинвазивных хирургических методов в наиболее тяжелой группе больных с рецидивным эхинококкозом сложной анатомической локализации.

Список литературы

1. Дядьков А.В. Диагностика и хирургическое лечение сочетанного эхинококкоза: дис. ... канд. мед. наук. Ставрополь, 2010. 138 с.
2. Ахмедов И.Г., Курбанова А.И. Ранняя диагностика рецидива эхинококковой болезни. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2008; 11: 39–43.
3. Вафин А.З. Классификация методов хирургического лечения эхинококкоза. Анналы хирургической гепатологии. 2000; 5 (2): 19.
4. Мусаев Г.Х., Лигоньков Ю.А., Харнас С.С., Бронштейн А.М., Лотов А.Н. Химиотерапия в лечении больных

эхинококкозом. Анналы хирургической гепатологии. 2002; 1: 323.

5. Aeberhard P., Fuhrmann R., Strahm P., Thommen A. Surgical treatment of hydatid disease of the liver an experience from outside the endemic area. *Hepatogastroenterology*. 1996; 43 (9): 627–636.
6. Lewall D.B., Nyak P. Hydatid cysts of the liver: two cautionary signs. *Br. J. Radiol.* 1998; 71 (841): 37–41.
7. Касыев Н.Б. Диагностика рецидивного эхинококкоза. Анналы хирургической гепатологии. 2005; 10 (2): 112–113.
8. Каримов Ш.И., Кротов Н.Ф., Ким В.Л. Роль малоинвазивных вмешательств в хирургии эхинококкоза. Эндоскопическая хирургия. 2008; 4: 6–8.
9. Гамзатов Р.М. Оптимизация методов хирургического лечения эхинококкоза печени: дис. ... канд. мед. наук. Махачкала, 2010. 150 с.
10. Гаврилин А.В., Кунцевич Г.И., Вишневский В.А. Пункционный метод лечения эхинококковых кист печени под контролем ультразвукового исследования. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2002; 8: 39–46.
11. Толстиков А.П., Абдул'янов А.В., Бородин М.А. Хирургическое лечение больных с эхинококкозом печени. Практическая медицина. 2013; 2 (электронная версия).

References

1. Dyad'kov A.V. *Diagnostika i khirurgicheskoe lechenie sochetannogo jehinokokkoza* [Diagnosis and surgical treatment of combined echinococcosis]: dis. ... cand. med. sci. Stavropol, 2010. 138 p. (In Russian)
2. Akhmedov I.G., Kurbanova A.I. Early diagnosis of recurrent hydatid disease. *Khirurgiia. Zhurnal imeni N.I. Pirogova*. 2008; 11: 39–43. (In Russian)
3. Vafin A.Z. Classification of surgical methods for echinococcosis. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii*. 2000; 5 (2): 19. (In Russian)
4. Musayev G.Kh., Ligon'kov Yu.A., Kharnas S.S., Bronshteyn A.M., Lotov A.N. Chemotherapy in the treatment of patients with echinococcosis. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii*. 2002; 1: 323. (In Russian)
5. Aeberhard P., Fuhrmann R., Strahm P., Thommen A. Surgical treatment of hydatid disease of the liver an experience from outside the endemic area. *Hepatogastroenterology*. 1996; 43 (9): 627–636.
6. Lewall D.B., Nyak P. Hydatid cysts of the liver: two cautionary signs. *Br. J. Radiol.* 1998; 71 (841): 37–41.
7. Kasyev N.B. Diagnosis of recurrent echinococcosis. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii*. 2005; 10 (2): 112–113. (In Russian)
8. Karimov Sh.I., Krotov N.F., Kim V.L. The role of minimally invasive interventions in surgery for echinococcosis. *Éndoskopicheskaja khirurgiia*. 2008; 4: 6–8. (In Russian)
9. Gamzatov R.M. *Optimizatsia metodov khirurgicheskogo lechenija echinococcosa pecheni* [Optimization of surgical methods for hepatic echinococcosis]: dis. ... cand. med. sci. Makhachkala, 2010. 150 p. (In Russian)
10. Gavrilin A.V., Kuntsevich G.I., Vishnevskiy V.A. Puncture treatment of liver hydatid cysts under ultrasonic control. *Khirurgiia. Zhurnal imeni N.I. Pirogova*. 2002; 8: 39–46. (In Russian)
11. Tolstikov A.P., Abdul'yanov A.V., Borodin M.A. Surgical treatment of patients with hepatic echinococcosis. *Prakticheskaja medicina*. 2013; 2 (electronic version). (In Russian)

Статья поступила в редакцию журнала 03.02.2015.

Received 3 February 2015.