

**И. В. Михин, О. А. Косивцов, Л. А. Рясков**

Волгоградский государственный медицинский университет,  
кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов

## **ЭХИНОКОККЭКТОМИЯ ИЗ МИНИЛАПАРОТОМНОГО ДОСТУПА ПОД МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ У БОЛЬНОЙ С ГИГАНТСКОЙ КИСТОЙ ПРАВОЙ ДОЛИ ПЕЧЕНИ И ТЯЖЕЛОЙ КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

УДК 616.36.- 002.9:616.14

Представлен клинический пример успешного хирургического лечения пациентки с гигантской эхинококковой кистой правой доли печени с тяжелой кардиальной патологией с применением местной анестезии. При контрольном обследовании через 14 месяцев после операции инструментальных признаков рецидива заболевания не выявлено.

*Ключевые слова:* эхинококкоз печени, минилапаротомия.

**I. V. Mikhin, O. A. Kosivtsov, L. A. Ryaskov**

## **GASTROPANCREATODUODENAL RESECTION INVOLVING PORTOMESENERIC AUTOVENOUS PROSTHETICS**

A clinical case of successful treatment of a patient with a gigantic hydatid cyst of the right hepatic lobe with a severe cardiac pathology under local anesthesia was described. The follow-up 14 months after the surgery revealed no instrumental signs of the disease relapses.

*Key words:* hepatic echinococcosis, minilaparotomy.

Проблема лечения пациентов с эхинококкозом остается актуальной в связи с достаточно широкой распространенностью заболевания, а вопросы его эффективного лечения остаются дискуссионными [1].

Поволжье относится к эндемичным по эхинококкозу регионам [5]. По данным литературы, самой частой локализацией заболевания являются печень (50–80 %) и легкие (6–40 %), в других органах и тканях паразитарные кисты диагностируются у 25 % больных [3, 4]. Отсутствие общепризнанного оптимального варианта лечения в зависимости от размеров и локализации кист, наличия фиброзной капсулы, а также отсутствие единых методов обработки ложа кист, опасность рецидива заболевания после операции объясняют трудности лечения эхинококкоза [2]. При выборе хирургического пособия при эхинококкозе печени хирургу приходится сопоставлять риск хирургического вмешательства и самого заболевания для жизни пациента с учетом тяжести сопутствующей патологии.

В клинику хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов ВолгГМУ 14.12.2014 г. обратилась больная Ж., 66 лет, с жалобами на наличие опухолевидного образования в эпигастриальной области, общую слабость, быструю утомляемость, сухость во рту, тошноту, повышение температуры тела до 37,5 °С,

значительную потерю веса, что беспокоило женщину в течение 4 месяцев. В анамнезе – острый инфаркт миокарда от 27.10.2014 г. Пациентка была осмотрена терапевтом и кардиологом, выявлены следующие сопутствующие заболевания: ИБС. Постинфарктный кардиосклероз (2014). ХСН 2, ФК III, легочная гипертензия 2-й степени, трикуспидальная недостаточность, гипертоническая болезнь 3-й стадии, риск 3, артериальная гипертензия 3-й степени.

При поступлении общее состояние пациентки было расценено как среднетяжелое, истощена, живот увеличен в размерах за счет опухолевидного образования, участвует в акте дыхания, асимметричный, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии, где определяется туго-эластичное образование диаметром около 20 см. В общем анализе крови: лейкоциты –  $8,3 \times 10^9$ , эозинофилы – 4 %, СОЭ – 43 мм/ч; биохимический анализ крови, общий анализ мочи – без патологии. На ЭКГ выявлена гипертрофия левого желудочка, перегрузка левых отделов сердца.

При УЗИ органов брюшной полости верифицированы очаговые изменения печени: в проекции правой и частично левой доле определялось неоднородное образование с эхопозитивной капсулой, содержащее жидкость, размерами 14,5 × 21,0 см – ультразвуковые признаки паразитарной кисты (рис. 1).

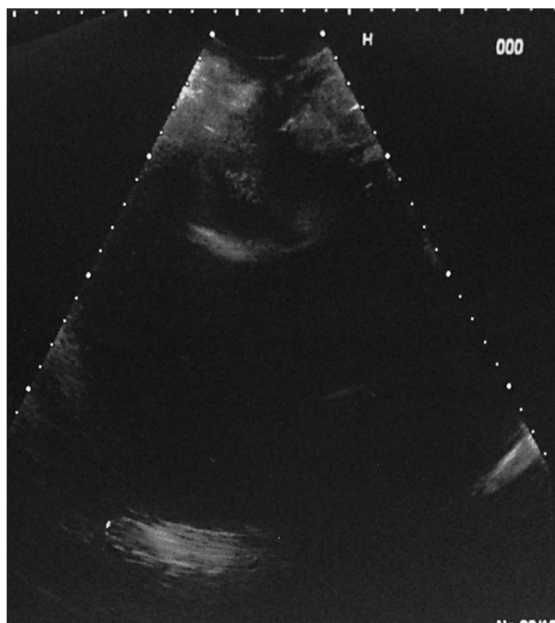


Рис. 1. Исходная ультразвуковая картина эхинококковой кисты

Серологический титр антител к эхинококку – **1 : 1 600**. С момента госпитализации и постановки клинического диагноза пациентке рекомендован препарат «Немозол» по 400 мг 2 раза в день, от чего она отказалась.

Оперативное лечение решено проводить по жизненным показаниям, в связи с высоким наркозно-операционным риском – под местной анестезией. 16.12.2014 г. мы выполнили вскрытие, марсупилизацию, дренирование кисты печени и брюшной полости из минилапаротомного доступа. Длина разреза в эпигастральной области составила 5 см. Из полости кисты эвакуировано 1 700 мл серозной жидкости, содержащей множество сколексов, фрагментов герминативной и хитиновой оболочек паразита. Остаточная полость дренирована улавливающим дренажом, марлевыми тампонами, выведенными через зону марсупилизации, брюшная полость – улавливающим дренажем, выведенным под местным обезболиванием через контрапертуру в правом подреберье.

В послеоперационном периоде мы проводили детосикационную, антибактериальную, спазмолитическую, антикоагулянтную, обезболивающую терапию. Результаты лечения оценивали по совокупности клинических и ультразвуковых данных.

На 5-е сутки после операции удалили улавливающий дренаж из подпечёночного пространства, на 10-е сутки – тампоны из остаточной полости, улавливающий дренаж в которой был сохранён. На 13-е сутки в относительно удовлетворительном состоянии пациентка выписана из стационара на амбулаторное лечение

у хирурга, инфекциониста и кардиолога по месту жительства.

Через 2 месяца после операции пациентка случайно самостоятельно удалила дренаж из остаточной полости. С целью оценки необходимости дальнейшего дренирования остаточной полости нами было выполнено УЗИ брюшной полости. Размер остаточной полости на границе левой и правой долей печени составил 3,8 × 3,0 см. В асептических условиях по ходу раневого канала в неё была установлена дренажная трубка, выделилось до 10 мл гноя, полость промыта раствором хлоргексидина, трубка зафиксирована на коже.

Пациентка продолжала принимать ряд препаратов в таблетках, назначенных кардиологом: изосорбида динитрат 40 мг 2 раза в день, лизиноприл 5 мг 2 раза в день, амлодипин 10 мг/сут., бисопролол 5 мг/сут., клопидогрел 75 мг/сут., ацетилсалициловую кислоту 100 мг/сут., симвастатин 20 мг/сут. От приема противопаразитарных препаратов она по-прежнему отказывалась, ссылаясь на высокую стоимость лечения.

Через 3 месяца после операции проведена плановая госпитализация для контрольного обследования. По данным УЗИ органов брюшной полости, в левой доле печени имелась остаточная полость размером 3,8 × 3,0 см, улавливающий дренаж из которой был удален в связи с отсутствием по нему отделяемого (рис. 2). Пациентка продолжила прием препаратов, назначенных кардиологом, от рекомендованного приема противопаразитарных препаратов вновь отказалась. Серологический титр антител к эхинококку составил **1 : 1 200**.



Рис. 2. Ультразвуковая картина остаточной полости через 3 месяца после операции

Через 6 месяцев после операции пациентка была госпитализирована в плановом порядке для очередного контрольного обследования.

По данным УЗИ органов брюшной полости, печень имела обычную эхогенность, в её правой доле визуализировалось эхопозитивное образование диаметром 1 см, в месте проекции описываемого ранее образования –

эхопозитивный участок с неровным четким контуром  $7,0 \times 3,3$  см, к которому подходил свищевой ход от кожи, с неоднородным содержимым; правая и левая доли печени не увеличены, к свищевому ходу передней поверхностью прилежал желчный пузырь  $7,7 \times 3,2$  см, конкрементов в нем не определялось (рис. 3).

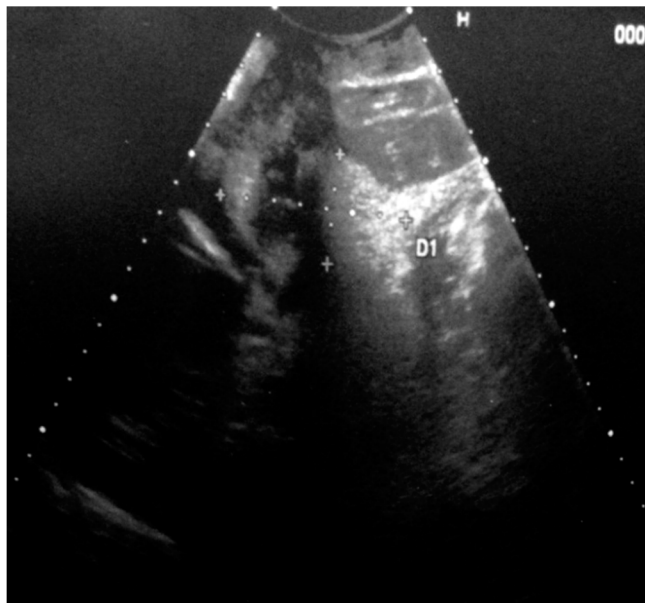


Рис. 3. Ультразвуковая картина остаточной полости через 6 месяцев после операции

При МРТ органов брюшной полости выявлена картина очагового жирового гепатоза, рубцовых изменений III и IV сегментов печени, мягких тканей передней брюшной стенки (рис. 4). Титр антител к эхинококкозу составил **1 : 3 200**. Рекомендованные противопаразитарные препараты пациентка не принимала.

При контрольном обследовании через 14 месяцев после операции общее состояние пациентки относительно удовлетворительное, активна, жалоб не предъявляла, масса тела увеличилась на 15 кг. При осмотре живот симметричный, участвует в акте дыхания, в эпигастриальной области имеется келлоидный втянутый

послеоперационный рубец 5 × 4 см (рис. 5). Титр антител к эхинококкозу составил 1 : 2 800,

в общем и биохимическом анализах крови патологии не выявлено.



Рис. 4. МРТ- картина остаточной полости, рубцовых изменений печени и брюшной стенки через 6 месяцев после операции

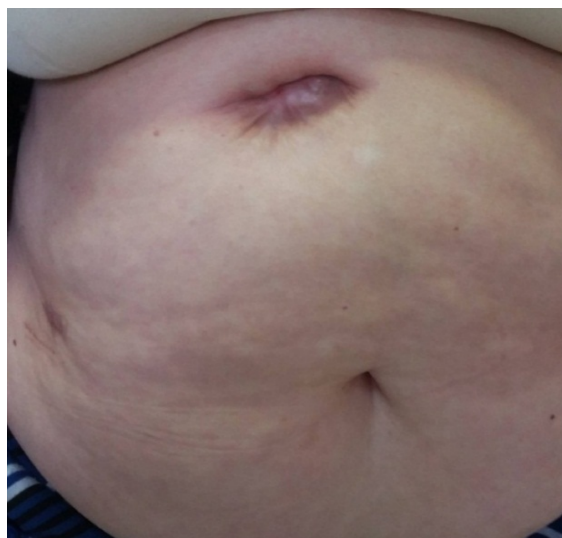


Рис. 5. Вид послеоперационного рубца через 14 месяцев после операции

При проведении компьютерной томографии органов брюшной полости с контрастным усилением выявлено: умеренное увеличение размеров правой доли печени до 17,5 см; неоднородность структуры передней поверхности IV сегмента печени за счет 2 участков округлой формы диаметром 1,2 и 1,0 см с массивным обызвествлением (погибшие эхинококки); в венозную и паренхиматозную фазы исследования в левой доле печени, подтянутой к зоне послеоперационного рубца, визуализировалась зона пониженной плотности неправильной формы

размерами 2,6 × 4,8 × 3,5 см – послеоперационные изменения; кистозных образований в печени не выявлено; в селезенке имелись единичные кальцинаты до 0,5 см в диаметре (рис. 6).

При рентгенографии легких очаговых поражений не обнаружено. Учитывая высокий титр антител к эхинококку, выполнена МРТ головного мозга, где определены проявления хронической сосудисто-мозговой недостаточности, наружной гидроцефалии, атрофического процесса в коре гемисфер мозга.

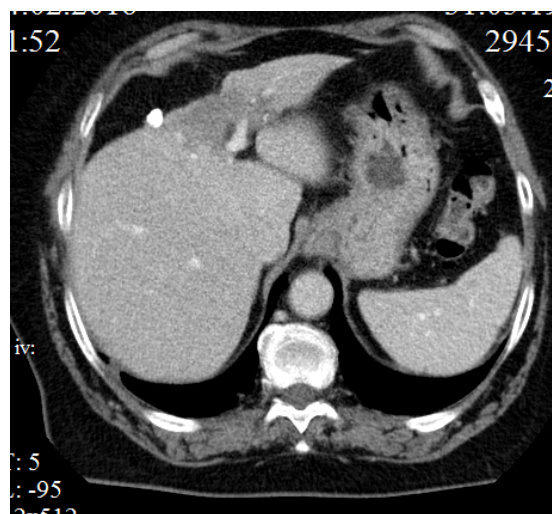
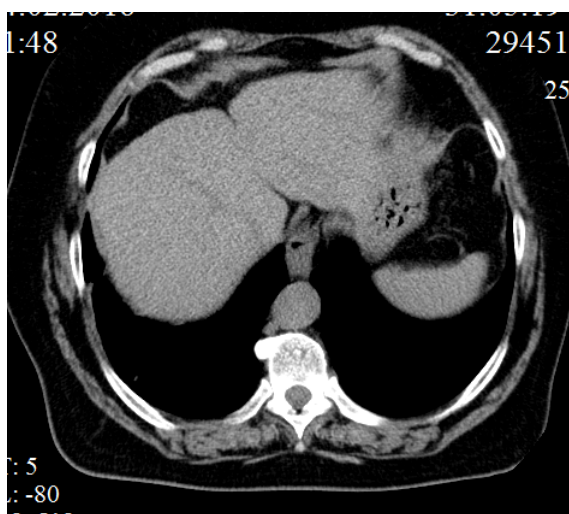


Рис. 6. Компьютерная томография органов брюшной полости через 14 месяцев после операции

В настоящее время пациентка остается под нашим наблюдением. Несмотря на её самовольный отказ от приёма противопаразитарных препаратов в течение года после операции инструментальных данных за рецидив эхинококкоза не выявлено.

Представленный способ хирургического лечения пациентки с тяжелой сопутствующей кардиальной патологией считаем вариантом выбора, благодаря которому нам удалось избежать развития тяжёлых послеоперационных бронхо-легочных и сердечно-сосудистых осложнений, уменьшив операционную и исключив наркозную травму, а также минимизировать риск повторного возникновения и необходимости хирургического лечения эхинококкоза печени.

**Р. В. Мяконький, К. О. Каплунов**

Волгоградский государственный медицинский университет, кафедра хирургических болезней и нейрохирургии ФУВ, кафедра детских инфекционных болезней; ГБУЗ Волгоградская областная клиническая больница № 3, Волгоград

## СЛУЧАЙ АГЕНЕЗИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

УДК 616-007.21

В статье рассматривается редкий в хирургической практике случай агенезии желчного пузыря. Даны клинико-диагностические особенности заболевания, закончившегося благополучно.

*Ключевые слова:* агенезия желчного пузыря, аномалии развития, хирургическая практика.

**R. V. Myakonkiy, K. O. Kaplunov**

## A CASE OF AGENESIS OF THE GALL BLADDER

The article analyzed a rare case of agenesis of the gall bladder in surgical practice. Clinical and diagnostic features of the disease that had ended safely were described.

*Keywords:* agenesis of a gall bladder, anomaly of development, surgical practice.

Агенезия желчного пузыря (от греч. *agenesia*; *a-* + частица отрицания; *genesis* происхождение, АЖП) – полное отсутствие желчного пузыря, является весьма редкой аномалией. Низкая встречаемость АЖП подтверждается при патологоанатомических исследованиях, частота, по данным аутопсии, составляет 0,03–0,09 %, т. е. отсутствие желчного пузыря обнаруживается в 1 случае на 1 600 аутопсий [1].

Отмечено, что в большинстве случаев агенезия сочеталась с другими пороками развития желчных путей; у женщин аномалия встречается в 2 раза чаще.

Агенезия (полное отсутствие органа), аплазия (отсутствие органа при наличии сосудистой

## ЛИТЕРАТУРА

1. Альперович Б. И. Хирургия печени. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 352 с.
2. Вишневский В. А., Кахаров М. А., Камолов М. М. Радикальные операции при эхинококкозе печени // Актуальные вопросы хирургической гепатологии: сб. тез. XII Междунар. конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ. – Ташкент, 2005. – С. 106.
3. Михин И. В., Косивцов О. А. Эхинококкоз левого бедра // Хирургия. – 2015. – № 7. – С. 97–100.
4. Михин И. В., Косивцов О. А., Пономарев С. В. Гигантская эхинококковая киста левой доли печени у пациентки, ранее перенесшей эхинококкэктомия левого легкого // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2014. – № 3. – С. 52–56.
5. Толстокоров А. С., Гергенретер Ю. С. Хирургическая тактика у больных с эхинококкозом печени // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2009. – Т. 5, № 4. – С. 626–629.