

Редкое сочетание острого холецистита с осложнённой эхинококковой кистой почки

Ф.Ш. Рашидов

Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино;

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой и грудной хирургии МЗ РТ

Данное клиническое наблюдение является достаточно уникальным. Во-первых, редкое сочетание острого осложнённого калькулёзного холецистита и осложнённого эхинококкоза почки. Во-вторых, большой возраст эхинококковой кисты редкой локализации, которая не была ранее установлена и представляла определенные диагностические трудности.

Ключевые слова: эхинококкоз почки, острый холецистит

Эхинококкоз почки встречается относительно редко и составляет 1,2-3% от общего числа эхинококкоза человека. Картина заболевания обычно проявляется в сроки до 2-х лет в виде почечной колики или воспалительных изменений. Операцией выбора считаются органосохраняющие вмешательства. Поздняя диагностика может стать причиной атрофии паренхимы почек и выполнения нефрэктомии. Максимальная продолжительность жизни эхинококковой кисты других локализаций по данным литературы составляет 10-20 лет [1-3]. Сочетаний острого холецистита с осложнённым эхинококкозом почки в литературе нами не найдено. Мы располагаем уникальным наблюдением длительного срока существования эхинококкоза почки (около 50 лет), который установлен случайно, при обращении больной с острым обтурационным холециститом. Приводим клиническое наблюдение.

Больная М., 56 лет, поступила в стационар 6.11.2007, через 2 дня с момента очередного приступа острого калькулёзного холецистита. Общее состояние тяжёлое. Кожные покровы обычного цвета, тургор снижен, склеры чистые, язык суховат, обложен сероватым налётом. Дыхание компенсированное. Тоны сердца ритмичные, АД 180/100 мм рт. ст., пульс 94 в 1 мин. Отмечается асимметрия левой половины живота за счёт видимого опухолевидного образования. Выраженная болезненность и умеренное напряжение мышц в правом подреберье, положительные симптомы Мерфи и Ортнера, пальпируется напряжённое болезненное дно жёлчного пузыря. По средней части живота, слева от срединной линии, с переходом на левый боковой фланк

пальпируется плотное, округлое, плохо подвижное, безболезненное образование размерами 20х20х18 см. Из анамнеза: с 6-7-летнего возраста (около 50 лет назад) отмечает наличие этого опухолевидного образования, которое относительно увеличилось в размерах, периодически беспокоили тупые боли в этой области. В период беременностей (9 родов в домашних условиях) образование брюшной полости беспокойств не причиняло. Специального обследования по этому поводу не проходила. За последние 3-4 года отмечалось повышение артериального давления.

При УЗИ определяются увеличение размеров жёлчного пузыря с утолщением стенок до 6-7 мм, наличие крупного, вклинившегося конкремента в области его шейки диаметром 37 мм, вне- и внутрипечёчные жёлчные пути не расширены. В левой половине живота округлое опухолевидное образование размерами 20х22х18 см, содержащее густую жидкость и неоднородную массу, с плотной чёткой капсулой толщиной 6-10 мм, эффект усиления эхосигнала, сосудистый рисунок в полости не определяется, не дифференцирована чёткая связь с почкой, внутри- или забрюшинная локализация. Гидронефроз 3 ст. слева, забрюшинные лимфоузлы не увеличены. Рентгенокопия лёгких – без патологии. Лабораторные данные: Hb - 101 г/л, эритроциты - $3,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - 10×10^9 /л, СОЭ - 35 мм/час. Биохимические анализы, включая показатели азотистого обмена, в норме. Общий анализ мочи: уд. вес - 1017, белок - 0,066%, лейкоциты 20-30, эритроциты 2-3 в поле зрения.

Комплексная консервативная терапия способствовала уменьшению болевого синдрома и коррекции гиповолемии. Однако положительной динамики по данным объективных исследований не было – размеры жёлчного пузыря оставались увеличенными, местные симптомы и УЗ-картина не имели тенденции к регрессу. По прошествии 24 часов после госпитализации было решено произвести операцию. Планировалась холецистэктомия, а после интраоперационного установления характера опухолевидного образования был решён вопрос о возможности его удаления (подозревали кисту или кистому брюшной полости).

Произведена верхнесрединная лапаротомия с обходом пупка слева. По вскрытию брюшной полости в рану выступают контуры плотной опухоли, исходящей из левого забрюшинного пространства, смещающей петли кишечника. Умеренный серозный выпот в подпечёночной области. Печень – без изменений. Жёлчный пузырь больших размеров, напряжённый, тёмно-цианотичного цвета, местами плотно сращён с большим сальником. Отмечается переход инфильтрации на печёочно-двенадцатиперстную связку, пальпируется плотно вклинившийся большой конкремент в области шейки пузыря. После пункции жёлчного пузыря с аспирацией густой мутной жидкости с хлопьями фибрина, произведена холецистэктомия от шейки.

При дальнейшей ревизии установлено, что опухолевидное образование местами выступает в брюшную полость через брыжейку тонкой кишки, стенки каменистой плотности, по передней поверхности имеется истончённый флюктуирующий участок размером 3х4 см, который обнажён рассечением брыжейки. При пункции жидкости не добыто, полость вскрыта. Содержимое густое, желеобразное с плёнчатыми структурами и многочисленными мелкими эхинококковыми кистами размерами от 3мм до 1,5 см (рис.1). Содержимое мелких кист прозрачное. Общее количество содержимого основной кисты около 4 литров. Полость опорожнена ложкой, тщательно промыта и повторно обработана 96о этиловым спиртом. Стенки материнской кисты каменистой плотности, местами толщиной до 1 см, хрупкие, плотно припаяны с брыжейкой тонкой кишки, материнской хитиновой оболочки нет. Нисходящая толстая кишка ниже селезёночного угла до перехода в сигмовидную, плотно спаяна со стенкой кисты. Рассечением боковой переходной складки толстый кишечник мобилизован и отделён от стенок кисты. Установлено, что киста исходит из левой почки. Последняя гидронефротически трансформирована, паренхима и чашечно-лоханочный комплекс почки распластаны

по верхнезадней стенке кисты, значительно истончены. Отделение стенок кисты от почки не представляется возможным. Она также сращена с задней стенкой живота, с корнем брыжейки тонкого кишечника, мочеточником. Учитывая грубые морфологические изменения почки, решено произвести нефрэктомия. Киста отделена от корня брыжейки тонкого кишечника, от поверхности аорты и удалена вместе с почкой. Забрюшинное пространство и подпечёночная область дренированы отдельно. Дефекты париетальной брюшины и брыжейки тонкой кишки восстановлены. Макропрепарат: жёлчный пузырь размерами 15х9х8см, флегмонозные изменения, конкремент 5х3х3см. Кальциноз стенок кисты, толщиной до 1см. Паренхима почки истончена и значительно расширен чашечно-лоханочный комплекс (рис.2).



РИС. 1. МАКРОПРЕПАРАТ: СОДЕРЖИМОЕ ЭХИНОКОККОВОЙ КИСТЫ (4 ЛИТРА)

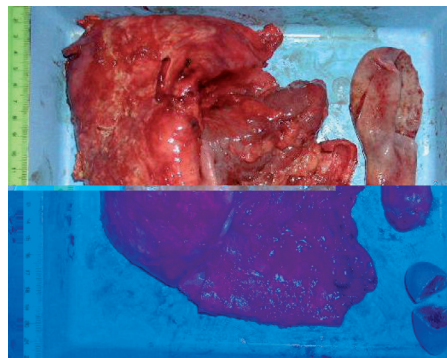


РИС. 2. ФИБРОЗНАЯ КАПСУЛА ЭХИНОКОККОВОЙ КИСТЫ ВМЕСТЕ С ПОЧКОЙ, ЖЁЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ И ВКЛИНИВШИЙСЯ В НЕГО КАМЕНЬ

Диагноз после операции: жёлчекаменная болезнь (ЖКБ), острый обтурационный флегмонозный калькулёзный холецистит. Осложнённая эхинококковая киста (гибель кисты и кальциноз оболочек) левой почки с гидронефрозом 3 ст. Гипертоническая болезнь 2 ст. Макропрепараты подтверждены гистологически.



Течение послеоперационного периода гладкое. Больная периодически проходит контрольные осмотры. В течение последних 3 лет наблюдения данных за рецидив эхинококкоза нет. Артериальное давление повышается эпизодически, регулярную гипотензивную терапию не принимает. Отмечается умеренное увеличение размеров единственной правой почки.

Уникальность данного наблюдения состоит, прежде всего, в большом возрасте эхинококковой кисты с осложнением и довольно редким сочетанием острого холецистита с эхинококкозом почки. Несмотря на огромный опыт клиники в хирургии эхинококкоза, в первую очередь, возраст эхинококковой кисты, а потом редкая её локализация, гигантские размеры, наличие осложнений, отсутствие известных патогномоничных ультразвуковых признаков стали причинами затруднений в первичном установлении эхинококкоза, хотя не исключался полостной характер образования. Кроме того, наличие острого

обтурационного холецистита, которое определяло тяжесть состояния больной, не позволило произвести полноценное обследование до операции. Благоприятные ближайший и отдалённый результаты операции свидетельствуют о правильности выбранной хирургической тактики и адекватности объёма выполненной операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дейнека И.Я. Эхинококкоз человека / И.Я.Дейнека. – М.: Медицина, 1968
2. Петровский Б.В. Хирургия эхинококкоза / Б.В.Петровский, О.Б.Милонов, П.Г.Дееничин. – М.: Медицина, -1985, -216с.
3. Goksoy E., Duren M. Surgical therapy of Echinococcus granulosus (cysticus) / E.Goksoy, M.Duren // Der, -2000. – V.71, №1, – P. 0021-0029

Summary

A rare combination of acute cholecystitis complicated with kidney hydatid cyst

F.Sh. Rashidov

The above observation is quite unique. Firstly, a rare combination of acute complicated calculous cholecystitis and complicated echinococcosis cyst of kidney. Secondly, the great age of a rare localization of hydatid cyst, which was not previously installed, and presents certain diagnostic difficulties.

Key words: echinococcosis of kidneys, acute cholecystitis

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Ф.Ш. Рашидов - доцент кафедры хирургических болезней №2 ТГМУ; Таджикистан, г.Душанбе, ул. Санои, 33. E – mail rashidovfsh@rambler.ru