



WAYS TO SOLVE THE PROBLEM OF LIVER ECHINOCOCCOSIS IN A PREGNANT WOMAN (CLINICAL CASE)

Najmuddinova D. K.

Department of Surgical Diseases No. 3 of the Tashkent Medical Academy, "Tashkent Medical Academy" 100109, Tashkent, Farabiy 2, Republic of Uzbekistan

Shukurov A. A.

Department of Surgical Diseases No. 3 of the Tashkent Medical Academy, "Tashkent Medical Academy" 100109, Tashkent, Farabiy 2, Republic of Uzbekistan

Aminjanov A. A.

Department of Surgical Diseases No. 3 of the Tashkent Medical Academy, "Tashkent Medical Academy" 100109, Tashkent, Farabiy 2, Republic of Uzbekistan

Hayitov Ilkhom Bakhodirovich

Phd, Associate Professor of the Department of Surgical Diseases No. 3 'Tashkent Medical Academy' Tashkent, Uzbekistan

e-mail: ilhom.med79@mail.ru

Аннотация

Эхинококкоз человека был впервые описан еще в древности Гиппократом как «цисты, наполненные водой» в печени человека [1,2]. Знаменитый врач Аль-Рази около тысячи лет назад впоследствии написал о эхинококковой кисте печени [3]. В настоящее время эхинококкоз относится к числу наиболее запущенных паразитарных заболеваний [4]. *Echinococcus granulosus* - наиболее частая форма эхинококковой патологии у людей. Паразит включает собак (окончательные хозяева) и овец (промежуточные хозяева), [5] а у окончательных собак-хозяев взрослый червь находится в кишечнике, а его яйца или онкосферы выделяются в фекалии [6]. Поскольку люди играют ту же роль промежуточных хозяев в тепловом жизненном цикле ленты, что и овцы, люди также заражаются, проглатывая теплые яйца с лентой от инфицированного плотоядного животного [7]. Республика Узбекистан является самым густонаселенным регионом в Центральной Азии. К сожалению, наша страна является эндемическим очагом заболеваемости эхинококкозом. Средняя июльская температура воздуха в стране колеблется от 26 ° C на севере до 30 ° C на юге. Средняя температура января понижается до минус 8 ° C на севере и 0 ° C на юге. Самая низкая температура воздуха составляет минус 38 ° C (на Устюртской равнине). Из-за этого изменяющегося климата мы считаем, что он





играет ключевую роль в развитии эхинококковой инфекции. Основываясь на результатах современной научной литературы, страны Латинской Америки (Перу, Чили, Боливия, Аргентина и др.) также являются эндемичными очагами эхинококкоза. Всем известно, что климат этих регионов похож на климат Узбекистана. Исходя из наших наблюдений, можно сделать вывод, что изменение климата создает благоприятные условия для развития эхинококковых онкоцист и личинок, кроме того, сухой воздух является ключевым фактором распространения этого заболевания. Немаловажным фактором развития эхинококкоза печени и лечения результатов ближайшего и отдаленного периода не особо уделяется на паразитоценоза. Ведь при заражении организма эхинококковых онкоцист, невозможно исключить заражения других паразитов или патогенных микроорганизмов. Несмотря на развития хирургии при лечении эхинококкоза, лечащие хирурги мало уделяет внимание на зараженность других патогенных микроорганизмов.

Чаще всего это происходит, когда люди обращаются или контактируют с инфицированными собаками или другими инфицированными плотоядными животными или случайно проглатывают пищу или питье, загрязненные фекальным материалом, содержащим яйца ленточного червя [8]. Яйца также можно вдыхать, вызывая первичное заболевание легких [9]. Когда онкосфера попадает в организм подходящего промежуточного хозяина, она проникает через стенку кишечника и мигрирует через порталную циркуляцию в печень, где откладывается большинство онкосфер. Однако некоторые организмы не фильтруются печенью и попадают в малый круг кровообращения [10]. По данным зарубежных авторов заболеваемость беременных с эхинококкозом печени и лёгких в эндемичных регионах составляет примерно 1 из 20 000. По нашим наблюдениям среди больных с эхинококкозом печени встречается беременные женщины не редкость. В связи с особенностями течения эхинококкоза печени особенно у беременных женщин, акушеры гинекологи должны знать тактику введения больных, особенности диагностики и лечения этого паразитарного заболевания.

Key words: liver echinococcosis, pregnancy, diagnosis, treatment.

Клинический случай:

Больной А.Ю. 26 лет обратилась с направительным диагнозом эхинококкоз печени соп. беременность I сроком 9-10 недель, в отделение плановой хирургии 10й клинической больницы г. Ташкента. Диагноз эхинококковой кисты печени подтвержден на УЗИ, когда в поликлинике обнаружили случайно. Больного





кроме жалобы связанных с беременностью ничего не беспокоила. Женщина госпитализирована для тщательной диагностики и решить дальнейшую тактику совместно с хирургами и другими смежными специалистами.

При физическом осмотре женщина была бледная, но без желтухи. Жизненно важные функции: артериальное давление 110/70 мм рт. Ст., Пульс 90 ударов в минуту, температура 36.5 °C, частота дыхания 20 в минуту и насыщение O₂ 97% при комнатной температуре. Цианоза и лимфаденопатии не было. В легких с двух сторон выслушивается везикулярное дыхания. Перкуторно легочной звук сохранен. Абдоминальное обследование показало, что матка пальпируется продолжительностью около 9-10 недель. Сердечно-сосудистое и неврологическое обследование без особенностей. Лабораторные исследования показали общее количество лейкоцитов 9,3 клеток / куб.м, нейтрофилов 72%, эозинофилов 5%, гемоглобина 10,7 г, MCV 92 и тромбоцитов 250. СОЭ составляло 14 мм / час, Все стандартные биохимические анализы крови, включая почечные анализы и ферменты печени, были в пределах нормы. Время кровотечения и свертывания крови было нормальным, уровень сывороточного иммуноглобулина E составлял 778 KU / L (нормальный = 0–114), ВИЧ: отрицательный, HBsAg: отрицательный, и анти-HCV: отрицательный. Электрокардиограмма показала нормальный синусовый ритм. Ультразвуковое исследование брюшной полости показало четко выраженное анэхогенное кистозное поражение (эхинококковая киста) в VII-VIII сегменте печени размерами диаметром 6-7 см с внутренними эхосигналами. Результаты МРТ брюшной полости заключение: объёмное кистозное образование паразитарного характера. Ультразвуковое исследование органов малого таза показало единственный жизнеспособный плод 9-10 недель. Нет единого мнения относительно ведения таких больных во время беременности, и каждый случай должен быть индивидуализирован. Во время беременности эхинококковые кисты могут увеличиваться в размерах из-за снижения клеточного иммунитета и гуморальных эффектов плацентарных стероидов. Существует риск разрыва кисты из-за сжатия увеличивающейся матки с последующей катастрофической анафилаксией.

Этой больной на протяжении всей беременности совместно лечили и наблюдали акушеры гинекологи и хирурги. На 34 неделе беременности она была полностью обследована, все анализы в пределах нормы, эхинококковая киста в размеры +0.5 см за 18 недель, прошла процедуру PAIR с короткой противопаразитарной и антигистаминной терапией для профилактики осложнений. Метод заключается, в том что пункционно-дренажное лечение





проводится в асептических условиях, желателно в операционной с непрерывным ультразвуковым контроле и обязательным присутствием анестезиолога-реаниматолога. Для диагностической и для лечебной цели используются игла Чива диаметром от 0.6 мм до 0.95 мм с длиной от 9 см до 22 см в зависимости от размера и типа эхинококковой кисты. Используя чреспеченочный подход, кисту прокалывали иглой 20-го калибра и быстро удаляли содержимое кисты. После аспирации кисту заполняли почти равным объемом 20% гипертонический раствор хлорида натрия который оставляли в полости на 20 минут. Наконец, киста была повторно взята и орошена и оставлена частично заполненной стерильным 0,9% физиологическим раствором. До и после инъекции 20% гипертонический раствор хлорида натрия, кистозную жидкость немедленно отправляли на цитологическое и микробиологическое исследование. Окрасивание нейтральным красным указывало на жизнеспособную кисту, а окрасивание метиленовым синим и эозином указывало на нежизнеспособную кисту. После PAIR больная получали альбендазол 10 мг / кг массы тела в течение 3 дня с обязательным курсом гепатопротекторов, из-за тератогенных действия препарата мы сократили курс албендазолтерапии. Пациентов наблюдали в течение 24 часов, а затем выписывали из больницы, если процедура прошла без осложнений.

В течении месяца больного амбулаторно понаблюдали, 38-39 недели беременности госпитализировали в родильное отделение. Живой ребенок мужского пола был успешно доставлен путем кесарева сечения на сроке 38 недели беременности. Послеродовое восстановление прошло без осложнений. Таким образом, введения беременных с сопутствующим диагнозом эхинококкоза печени является сложной задачей. Который требует индивидуальный подход с смежными специалистами как гинекологи, хирурги, гепатологи и инфекционисты. Небольшие кисты можно лечить после родов, но большие следует пункционным методом до родов, так как они могут неблагоприятно повлиять на беременность и роды. Химиотерапия во время беременности неуместна, но обнаружение вторичных новообразований с помощью УЗИ, КТ или МРТ после родов требует дополнительной химиотерапии. В данном случае был сделан индивидуальный подход передового опыта кафедры хирургических болезней ТМА, что привело к успешному результату.

References





1. С. Сотираки, К. Химонас и П. Корколяку, «Эхинококкоз - эхинококкоз в Греции», *Acta Tropica* , vol. 85, нет. 2. С. 197–201, 2003.
2. Г. Паппас, И. Дж. Кириазе и М. Е. Фалагас, «Взгляд на инфекционные болезни в эпоху Гиппократата», *Международный журнал инфекционных болезней* , вып. 12, вып. 4. С. 347–350, 2008.
3. Е.А. Кидесс, А.С. Акиэль, Х.С. Баакил и С.С. Малаика, «Эхинококкоз: акушерско-гинекологический взгляд», *Annals of Saudi Medicine* , vol. 8, вып. 3. С. 202–205, 1988.
4. Т. Юнгханс, А.М. да Силва, Дж. Хортон, П.Л. Чиодини и Э. Брунетти, «Клиническое лечение кистозного эхинококкоза: современное состояние, проблемы и перспективы», *Американский журнал тропической медицины и гигиены* , вып. 79, нет. 3. С. 301–311, 2008.
5. С. Каппагода и JPA Иоаннидис, «Забытые тропические болезни: обзор и геометрия рандомизированных данных», *British Medical Journal* , vol. 345, статья e6512, 2012 г.
6. М. Шамим, Р. Бхаргава, З. Ахмад, Н. Фатима и Н. Н. Шах, «Разрыв эхинококковой кисты средостения в плевральную полость, связанный с пневмотораксом: клинический случай и обзор литературы», *Canadian Respiratory Journal* , vol. 13, вып. 4. С. 211–213, 2006.
7. М. Азимуддин, Т. Ул-Хак, Х. Ахсан и В.А. Мемон, «Клиники диагностической визуализации», *Сингапурский медицинский журнал* , вып. 46, нет. 2. С. 93–100, 2005.
8. Л. Р. Баден и Д. Д. Эллиотт, «История болезни Массачусетской больницы общего профиля. Еженедельные клиничко-патологические упражнения. Дело 4-2003. 42-летняя женщина с кашлем, лихорадкой и отклонениями на торакоабдоминальной компьютерной томографии », *Медицинский журнал Новой Англии* , т. 348, нет. 5. С. 447–455, 2003.
9. Р. В. Амманн, Дж. Эккерт, «Цестоды. Эхинококк, Гастроэнтерологические клиники Северной Америки , вып. 25, нет. 3. С. 655–689, 1996.
10. О.К Арибас, Ф. Канат, Н. Гормус и Э. Тюрк, «Плевральные осложнения эхинококкоза», *Журнал торакальной и сердечно-сосудистой хирургии* , вып. 123, нет. 3. С. 492–497, 2002.