

Семерикова А.Д, к.м.н. Кузнецов П.Л., к.м.н. Камаева Н.Г
ЭХИНОКОККОЗ ЛЕГКИХ: ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Кафедра инфекционных болезней, фтизиатрии и пульмонологии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Semerikova A.D., Kuznetsov P.L., Kamaeva N.G.
**PULMONARY ECHINOCOCCOSIS DISEASES: A DESCRIPTION OF A
CLINICAL CASE**

Department of infectious diseases, phthiology and pulmonology
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: ZhiharevaAlena96@yandex.ru

Аннотация. В статье рассмотрена проблема дифференциальной диагностики эхинококкоза. На примере описания клинического случая проведена оценка клинических и лабораторно-инструментальных данных с определением ведущих синдромов, использование критериев диагностики, «эпидемиологические данные», «развитие болезни», «эффект от лечения» при постановке диагноза. Проведен анализ истории болезни и курация пациента.

Annotation. The article deals with the problem of differential diagnosis of echinococcosis. Using the example of describing a clinical case, we evaluated clinical and laboratory-instrumental data with the definition of leading syndromes, the use of diagnostic criteria, “epidemiological data”, “disease progression”, and “treatment effect” at diagnosis. The analysis of the history of the disease and curation of the patient.

Ключевые слова: эхинококкоз, гельминтоз.

Keywords: echinococcosis, helminthiasis.

Введение

По данным Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, эпидемиологическая ситуация по заболеваемости эхинококкозом в Российской Федерации остается сложной. Ежегодно в нашей стране регистрируется свыше 500 случаев эхинококкоза. В структуре заболевших 14,5% составляют дети.

Эпидемиологическая значимость эхинококкозов определяется широким распространением, обширным кругом хозяев для паразита, тяжелым клиническим течением с множественными и сочетанными поражениями различных органов, приводящими к длительной потере трудоспособности,

инвалидизации и в некоторых случаях к летальному исходу, формированием синантропных и смешанных очагов.

За 25-ти летний период заболеваемость эхинококкозами возросла в 3 раза (с 0,1 в 1991 году до 0,3 на 100 тысяч населения в 2015 году).[2]

В структуре биогельминтозов на долю эхинококкоза приходится 1,2%. Заболеваемость эхинококкозом за 2006-2008 гг. в Европе составляла от 0,14 до 15,8 человек на 100 тысяч населения, в Центральной Азии - от 2,7 до 14,5, в России - 0,3 на 100 тысяч населения[1; 3].

Анализ многолетней заболеваемости населения эхинококкозом в субъектах Российской Федерации показал, что уровень заболеваемости этим гельминтозом существенно превышает среднероссийские показатели: в Ямало-Ненецком автономном округе в 9,3 раза, Чукотском АО в 13,2 раза, Ставропольском краев 1,4 раза, в Кабардино-Балкарской республике в 3,1 раза, в Карачаево-Черкесской - в 7,1 раза, в республике Алтай в 3,1 раза, Башкортостан - в 4 раза, Саха (Якутия) - в 2,4 раза.

В 2015 году было зарегистрировано 437 случаев, что составило 0,3 на 100 тысяч населения гидатидного эхинококкоза в 63 субъектах Российской Федерации. На долю детей до 14 лет приходится 9% (40 детей) от всех случаев заболевания.

Ежегодно регистрируются летальные случаи от эхинококкоза. В 2013 году зарегистрировано 5 летальных исходов (Алтайский и Красноярский края, Калининградская область), в 2014 году - 2 летальных случая (Алтайский край, Свердловская область), в 2015 году - 1 летальный исход (Курганская область).

Клиническая картина эхинококкозов определяется локализацией паразитарных кист, что обуславливает разнообразие и не специфичность клинической симптоматики. С момента заражения до времени установления диагноза бессимптомный период может продолжаться от 5 до 20 лет и выше.

Цель исследования - продемонстрировать диагностические трудности при ведении пациента с эхинококкозом легких.

Материал и методы исследования

Анализ клинического случая пациента, с окончательным диагнозом: Эхинококковая киста правого легкого с оценкой клинических и лабораторно-инструментальных данных с установлением ведущих синдромов, использование критериев диагностики, таких как, «эпидемиологические данные», «развитие болезни», «эффект от лечения» при постановке диагноза, курация пациента.

Описание клинического случая.

Пациентка Х., 34 года, поступила в туберкулезно-легочное хирургическое отделение ГБУЗ СО «ПТД» 10 октября 2018 года с жалобами на болезненные ощущения в левой половине грудной клетки. Из анамнеза известно, что симптомы появились примерно за 6 месяцев до выявления изменений при проведении флюорографического исследования. Флюорографию проходила ежегодно. Ранее изменений не отмечалось, патологии органов грудной клетки

не выявлено. 28 августа 2018 при проведении плановой флюорографии в поликлинике по месту жительства, в одном из муниципальных образований Свердловской области выявлены изменения. Пациентка была направлена в ПТД где 03.09.2018 г. с целью уточнения диагноза проведено КТ-исследование органов грудной клетки. На КТ ОГК визуализируется образование с четкими бугристыми контурами неправильной формы, размером 43*90*44 мм, плотностью 36 Ну. Заключение: образование левого легкого (дифдиагноз: туберкулома? мезотелиома плевры?)

Пациентка направлена в консультативно-диагностическую поликлинику ГБУЗ СО «ПТД» для дальнейшего обследования и лечения.

В КДП проведены следующие исследования:

Фибробронхоскопия: отмечается двусторонний диффузный эндобронхит I степени воспаления. Взят аспират из 3 и 5 сегментарных бронхов слева.

Цитологическое заключение: клетки бронхиального эпителия.

Диаскинтест отрицательный. Проведен трехкратно бактериологический анализ мокроты с применением ПЦР-диагностики, микобактерии туберкулеза не обнаружены.

Фиброгастроскопия: Хронический гастродуоденит, вне обострения.

УЗИ брюшной полости: стеатоз печени, ЖКБ, калькулезный холецистит, киста правой почки.

Консультирована торакальным хирургом: рекомендовано с целью верификации этиологии образования - госпитализация в туберкулезно-легочное хирургическое отделение ГБУЗ СО «ПТД» с дифференциальным диагнозом между туберкуломой и злокачественным новообразованием.

10 октября 2018 года пациентка поступила в туберкулезно-легочное хирургическое отделение ГБУЗ СО «ПТД».

Проведены следующие исследования:

Общий анализ крови – показатели в пределах нормы за исключением повышения уровня СОЭ до 30 мм/ч.

В биохимическом анализе крови отмечается умеренное повышение общего билирубина до 25 ммоль/л за счет непрямой фракции до 20 ммоль/л.

Общий анализ мочи – показатели в пределах нормы.

ЭКГ и ФВД в пределах нормы.

При сборе анамнеза врач-фтизиатр обратил внимание на то, что пациентка употребляет в пищу невымытые и термически необработанные сухофрукты.

Проведен хирургический консилиум, учитывая:

- отрицательный результат Диаскинтеста
- отрицательные результаты бактериологического и молекулярно-генетического исследования мокроты на МБТ

принято решение о проведении торакотомии с определением объема оперативного вмешательства во время операции.

15 октября 2018 под общим обезболиванием выполнена торакотомия и выявлены следующие изменения: в области междолевой щели слева визуализируется киста размером до 40 мм. Выполнена пункция кисты, удалено 30 мл прозрачного содержимого. Киста спалась. Стенка рассечена электроножом. Удалена хитиновая оболочка. Полость обработана антисептиком. Максимально удалена киста и легкое частично резецировано аппаратом УО-60, углы прошиты. При гистологическом исследовании кисты обнаружена хитиновая оболочка и составные части эхинококка.

Послеоперационный период протекал без особенностей. Пациентка выписана из стационара 28 октября 2018 года под наблюдение хирурга и инфекциониста по месту жительства.

Результаты исследования и их обсуждение

Проанализировав все выше изложенные данные, можно сделать заключение о трудности диагностики эхинококкоза легких. По результатам флюорографии были выявлены изменения, расцененные рентгенологом как периферическое образование. Выставлен дифференциальный диагноз между образованием онкологического генеза и изменениями, характерными для туберкулеза легких (туберкулома, инфильтративный туберкулез). По данным компьютерной томографии в дифференциально-диагностический ряд вынесены мезотелиома плевры и туберкулома. Учитывая, отрицательные результаты обследования на туберкулез (Диаскинтест, анализа мокроты), отсутствие клинических проявлений, позволяющих установить окончательный диагноз, было принято решение о проведении оперативного вмешательства с целью удаления образования и проведения морфологического исследования материала биопсии.

Выводы:

Данный клинический случай продемонстрировал, что диагностика эхинококкоза легких затруднена вследствие отсутствия патогномичных клинических и рентгенологических симптомов. По результатам анализа крови при гельминтозе часто отмечается повышение уровня эозинофилов, однако данный клинический случай демонстрирует и возможное отсутствие подобных изменений. Удаление паразитарной кисты является лечебной и диагностической процедурой, позволяющей своевременно установить окончательный диагноз, тем самым обеспечив благоприятный прогноз для пациента.

Список литературы:

1. Бессонов А.С. Цистный эхинококкоз и гидатидоз / Всерос. ин-т гельминтологии им. К.И. Скрябина. - М., 2007. - 671 с.
2. Федеральная Служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Письмо от 20 июня 2016г) [Электронный ресурс] URL: <http://docs.cntd.ru/document/420370904> (дата обращения: 26.02.2019).

3. Zhenghuan W. Echinococcosis in China, a Review of the Epidemiology of Echinococcus spp. / W. Zhenghuan, W. Xiaoming, L. Xiaoging // Eco Health. – 2008. – № 5. – P. 115-126.

УДК 616-035.2

Андреева М. С., Климцева Е. Е., Филиппова Д. В., Краснова Е. И.

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СМЕШАННОЙ
ФАКУЛЬТАТИВНО-АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ**

Кафедра инфекционных болезней и клинической иммунологии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Andreeva M. S., Klimtseva E. E., Filippova. D. V., Krasnova E. I.

**CLINICAL CASE OF MIXED FACULTATIVE ANAEROBIC
INFECTIOUS DISEASE**

Department of infectious diseases and clinical immunology
Urals state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: scherzom@yandex.ru

Аннотация. В статье рассмотрен клинический случай и тактика лечения факультативно-анаэробной инфекции смешанной этиологии. Лечение пациента проводилось на базе трех лечебных учреждений: МБУЗ «Многопрофильная больница г-к Анапа»; МАУ «Городская клиническая больница №40»; Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» им. академика Г. А. Илизарова

Annotation. This study reviewed the clinical case and therapy of mixed facultative anaerobic infectious disease. The treatment of the patient was implemented on three bases: State Budgetary Institution of Healthcare «General Hospital» of Anapa, State Autonomous Institution «City clinical hospital №40», Russian scientific centre «Resuscitative traumatology and orthopaedics» named after academician Ilizarov.

Ключевые слова: Факультативно-анаэробная инфекция, некрэктомия, антибактериальная терапия, NPWT-дренирование, аутодермопластика, остеосинтез

Key words: Facultative anaerobic infectious disease, necrotomy, antibacterial therapy, NPWT, autodermoplasty, osteosynthesis