

## შემთხვევის აღწერა

თომაძე გ., მეგრელაძე ა., აზმაიფარაშვილი გ., დანელია გ., ბოლქვაძე ა.

ბარდაყის ექინოკოკოზის ორი იშვიათი შემთხვევის აღწერა

თსსუ, ქირურგიის <sup>1</sup>2 დეპარტამენტი; შპს “გადაუღებელი ქირურგიისა და ტრავმატოლოგიის ცენტრი”

ექინოკოკოზი არის ქრონიკულად მიმდინარე ზოონოზური, ჰელმინთური ინფექცია, რომლის ლატენტური პერიოდის ხანგრძლივობა, პ. ვეტშევისა და თანავეტორთა მონაცემებით, 5-დან 20 წლამდეა (1). პარაზიტული ცისტის ყველაზე ხშირი ლოკალიზაციის ადგილია ღვიძლი (65-75%), შემდგომ ფილტვი (25-30%), რაც განპირობებულია ამ ორგანოების კაპილარული ფილტრაციის ფუნქციით.

კუნთის ექინოკოკი იშვიათია და, სხვადასხვა ავტორთა მონაცემებით, შეადგენს ექინოკოკით გამოწვეული დაავადებების 3-5%-ს. ლიტერატურაში აღწერილია ორთავა, სამთავა, ოთხთავა, კანჭის კუნთების ექინოკოკოზი (2,3,4,5,6,7,8).

ჩვენს მიერ აღწერილია ბარდაყის კუნთებში ექინოკოკური ცისტების იშვიათი ლოკალიზაციის ორი შემთხვევა, რომელიც გამოვლინდა ერთსადაიმთავე პაციენტთან ქვემო კიდურზე ექსთენიანი ინტერვალით. პაციენტი ნ. რ., 33 წლის, შემოვიდა კლინიკაში

2016 წლის 22 მარტს, ჩივილით სიმსივნური წარმონაქმნის არსებობაზე მარცხენა ბარდაყის უკანა ზედაპირზე, რომელიც შეამჩნია 1 თვის წინ. თავდაპირველად წარმონაქმნი იყო უმტკივნეულო, მაგრამ რამდენიმე კვირის შემდეგ დაერთო ტკივილი.

ჩატარებული ექოსკოპიური კვლევით ინახა კისტოზური წარმონაქმნი ზომით 6X5 სმ, მოგრძო ფორმის. ეჭვი იქნა მიტანილი კუნთის ექინოკოკზე. ლაბორატორიულმა კვლევამ (არაპირდაპირი ჰემაგლუტინაციის ტესტი, კაცონის რეაქცია) დიაგნოზი დაადასტურა. პაციენტს ჩაუტარდა კომპიუტერული ტომოგრაფიული კვლევა. სხვაგან ექინოკოკური კისტა ვერ ინახა. 2016 წლის 22 მარტს რეგიონული გაუტკივარებით გაკეთდა ოპერაცია. პაციენტის მდებარეობა მუცელზე წოლითი. გატარდა ვერტიკალური შსებური განაკვეთი მარცხენა ბარდაყის შუა მესამედის უკანა ზედაპირზე. გაიკვეთა განივი ფასცია, გამოიყო ბარდაყის ორთავა კუნთი ნახევრადმეცისისებრი კუნთის საზღვარზე, რის შემდეგაც ინახა კისტოზური წარმონაქმნი ზომით 6X5 სმ, რომელიც უკნიდან ებჯინებოდა ბარდაყის ძვალს. საჯდომი ნერვი იყო კისტური წარმონაქმნის მედიალურად. კისტის კიდეებს დაედო 2 პროვიზორული ნაკერი, შიგთავსის ნაწილობრივი ასპირაცია (შიგთავსი თეთრი, ნახევრად გამჭვირვალე) მოხდა დიუფოს ნემსით. ამის შემდეგ გაიკვეთა ფიბროზული გარსი 4 სმ-ზე, ამოღებული იქნა დაშლილი ქიტინის გარსი შვი-ლეულ ბუმბუტეებთან ერთად. კისტა ორსაკნიანი იყო. ღრუ დამუშავდა ბეტადინის 20%-იანი ხსნარით. დიდ ღრუში ჩაიდგა სილიკონის დრენაჟი, ხოლო პატარა საკანში რეზინის ფილთა. ღრუ დაპატარავდა ფიბროზულ გარსზე დადებული 3 გაწოვადი ატრავმული ნაკერით. გაიკერა განიერი ფასცია. სილიკონის დრენაჟი გამოტანილი იქნა ლატერალურად, დამატებითი კონტრაპერტურით. ჰემოსტაზი სრული. ჭრილობა გაიკერა შრეობრივად. სკოლიციდური აგენტით (20% ბეტადინი) ექსპოზიციის ხანგრძლივობა

10 წუთი. ცისტის მიდამოსთან მიტანილი იყო რეზინის ფილთა, რომელიც ამოღებულ იქნა 3 დღის შემდეგ. პაციენტი გაეწერა ბინაზე დამაკმაყოფილებელ მდგომარეობაში, რეკომენდებული იყო ადეკვატური მკურნალობა ექიმ-პარაზიტოლოგის ჩართულობით. ოპერაციიდან 6 თვის შემდეგ (2016 წლის 6 სექტემბერს) პაციენტმა კვლავ მომართა ჩვენს კლინიკას იგივე ჩივილებით, სიმსივნური წარმონაქმნის არსებობით იგივე ქვედა კიდურზე, ოღონდ ამჯერად წინამედიალურ ზედაპირზე. ექოსკოპიურმა კვლევამ დაადგინა ექინოკოკური კისტა ზომით 10X2 სმ. გაკეთდა გეგმური ოპერაცია. პაციენტის მდებარეობა საოპერაციო მაგიდაზე ზურგზე წოლითი. გატარდა ვერტიკალური შსებური განაკვეთი მარცხენა ბარდაყის წინა შუა მესამედში. გაიკვეთა განივი ფასცია, გამოიყო თერძის კუნთი, რის შემდეგაც საჩინო ვენის მედიალურად ინახა კისტოზური წარმონაქმნი სიგრძით 10 სმ, სიგანით 1 სმ. კისტის კიდეებს დაედო 2 პროვიზორული ნაკერი, გაიკვეთა, მოხდა შიგთავსის ნაწილობრივი ასპირაცია (შიგთავსი თეთრი, ნახევრად გამჭვირვალე, დაშლილი, მთლიან ქიტინის გარსს არ შეიცავდა). ღრუ დამუშავდა ბეტადინის 20%-იანი ხსნარით. ღრუში ჩაიდგა რეზინის ფილთა. ატრავმული ნაკერით გაიკერა ფასცია. ფილთა გამოტანილი იქნა ჭრილობიდან გარეთ. ჰემოსტაზი სრული. ტამპონი არ ჩატოვებულა. ჭრილობა გაიკერა შრეობრივად.

კლინიკური აზროვნება წარმართება ორი მიმართულებით: 1. პირველი ოპერაციის დროს შეუმჩნეველი დარჩა მეორე კისტა ან 2. ოპერაციის დროს მოხდა აბლასტურობის დარღვევა, რამაც გამოიწვია კონტამინაცია და დაავადების რეციდივი.

ინტრაოპერაციულად მეორე კისტის შეუმჩნეველობას ჩვენ გამოვრიცხავთ იმიტომ, რომ წინასაოპერაციო პერიოდში პაციენტს ჩატარებული ჰქონდა მრავალჯერადი ექოსკოპიური და კომპიუტერულ-ტომოგრაფიული კვლევები, რის დროსაც მეორე ცისტა გამოვლენილი არ ყოფილა.

დაავადების რეციდივად მეორე ცისტის გამოვლენა გვიჭირს იმ მოსაზრებებიდან გამომდინარე, რომ, მართალია, ცისტები განვითარდა ერთსადაიმთხვე კიდურში, მაგრამ მათ ჰქონდათ სხვადასხვა ლოკალიზაცია და ინტრაოპერაციულად შეუძლებელი იყო ერთი უბნიდან მეორის კონტამინაცია. ვერც სკოლიციდური აგენტის სისუსტეს მოვიყვანთ მიზეზად, რამეთუ ამ შემთხვევაში რეციდივს, უპირველეს ყოვლისა, უნდა ჰქონოდა ადგილობრივი გამოვლინება, რაც ჩვენს შემთხვევაში არ მომხდარა.

ყოველივე ზემოთქმული გვამღვეს საფუძველს დავასკვნათ, რომ ალბათობის მაღალი ხარისხით, ორივე შემთხვევა უნდა იქნეს განხილული როგორც ერთმანეთისაგან დამოუკიდებლად განვითარებული.

Gougoulias თანავტორების მიერ (9) 2010 წელს აღწერილია კუნთის პირველადი ექინოკოკის 9 შემთხვევა (8 მა- მაკაცი და 1 ქალი). ყველა პაციენტი ცხოვრობდა ექინოკოკის ენდემურ რეგიონში. 5 შემთხვევაში დაავადების განვითარება დაკავშირებული იყო შინაური პირუტყვის ყოლასთან, ხოლო ერთი პაციენტი, დაავადების გამოვლენამდე 3 თვით ადრე, იმყოფებოდა უცხოეთში და მიღებული ჰქონდა არასრულფასოვნად დამუშავებული ხორცისგან დამზადებული საკვები. 4 შემთხვევაში ექინოკოკი მდებარეობდა მარძაყის წინა ზედაპირზე, ბარძაყის უკანა ზედაპირზე 2 შემთხვევაში, მუხლქვეშა ფოსოში 1 შემთხვევაში, მხრის წინა ზედაპირზე 1 შემთხვევაში, ბეჭის არეში 1 შემთხვევაში. 8 პაციენტი აღნიშნავდა მზარდ რბილქსოვილოვან სიმსივნურ წარმონაქმნს (ქვემო კიდურში 7 პაციენტი და ზემო კიდურში 1). ერთ ავადმყოფთან სუპრასკაპულარულ მიდამოში ექინოკოკი აღმოჩენილ იქნა შემთხვევით, პნევმონიის გამო ჩატარებული კტ კვლევისას. 2 ავადმყოფი, რომელთაც ექინოკოკი აღნიშნებოდათ ზედა კიდურში, ტკივილებს საერთოდ არ აღნიშნავდა, მაშინ, როცა ყველა ავადმყოფი, რომლებსაც დაავადება ქვედა კიდურზე ჰქონდა, უჩიოდა ტკივილს, ხოლო ერთი მათგანი სასწრაფო წესით მოთავსებულ იქნა ორთოპედიულ კლინიკაში ბარძაყის კომპარტმენტ სინდრომის ნიშნებით.

პაციენტთა აღწერილ ჯგუფში რუტინული სისხლის ტესტები (სისხლის საერთო ანალიზი, ბიოქიმიური ანალიზი, ღვიძლის ფუნქციები, შედედების სისტემა) იყო ნორმის ფარგლებში, არაპირდაპირი ჰემაგლუტინაციის სეროლოგიური რეაქცია იყო პოზიტიური 9-დან 6 შემთხვევაში. რადიოგრაფიული კვლევები გვიჩვენებდა დიფუზურ რბილქსოვილოვან წარმონაქმნს ძვლის დაზიანების ან კალციფიკაციის გარეშე. ხოლო აჩვენებდა მულტიფოზიკულურ ცისტებს რბილ ქსოვილში, ძვლის დაზიანების გარეშე. ყველა MRI პაციენტს ჩაუტარდა გულმკერდისა და მუცლის ორგანოების კვლევა, თუმცა ექინოკოკზე საექვო არაფერი გამოვლინდა.

ყველა პაციენტს ჩაუტარდა ოპერაცია ცისტის ამოკვეთა. რუტინული ანტიჰელმინთური თერაპია არ ჩატარებულა. გამონაკლისი იყო 2 პაციენტი, რომლებსაც ინტრაოპერაციულად აღენიშნათ პროცესის დისემინაცია. მათ ჩაუტარდათ მკურნალობა ალბენდაზოლით და პრაზიკვანტელით 28 დღის განმავლობაში, რაც გაგრძელდა პოსტოპერაციულად 3 თვის განმავლობაში.

ლიტერატურის მონაცემებით, ოპერაციული მკურნალობა ნაჩვენებია ყველა იმ შემთხვევაში, როცა ცისტის ზომა 3სმ-ს აღემატება (პ. ვეტშევი, გ. მუსაევი, 2006წ.). სავარაუდოდ, ეს ტაქტიკა სწორია პარენქიმული ორგანოების ექინოკოკური ცისტების შემთხვევაში და ვერ გამოდგება კუნთის ექინოკოკის დროს, რამეთუ პერიფოკალური ინფილტრაცია და მექანიკური ზეწოლა ხშირად ხდება ტკივილის მიზეზი მცირე ზომის ცისტების დროსაც კი.

მიუხედავად ოპერაციის დროს აბლასტურობის დაცვის და ინტრაოპერაციულად სხვადასხვა ჰერმიციდის გამოყენებისა, დაავადების რეციდივის მაჩვენებელი, ზოგიერთი ავტორის მიხედვით, 12-დან 33%-მდე მერყეობს. აღნიშნულის მიზეზად სახელდება, ერთის მხრივ, ზოგიერთი მიკროორგანიზმის (აცეფალოცისტების) მდგრადობა გამოყენებული ქიმიური აგენტების მიმართ, ხოლო, მეორეს მხრივ, ექინოკოკის ჩანასახოვანი ელემენტების გაღწევის შესაძლებლობა ფიბროზული გარსის მიღმა (ეს მოსაზრება ნაკლებად სარწმუნოა).

ყველაზე საიმედო ჰერმიციდად მიჩნეულია 80-100%-იანი გლიცერინი, 30%-იანი ნატრიუმის ქლორიდი, წყალბადის 3%-იანი ზეჟანგი და პოვიდონიოდიინის 1%-იანი ხსნარი ბეტადინი (10,11).

ლიტერატურის მიმოხილვა აჩვენებს, რომ შესაძლებელია ნაკლებინვაზიური ჩარევით შემცირდეს ქირურგიული აგრესია და მიღწეულ იქნეს დაავადების რეციდივის მინიმალური დონე (1%), თუ დაცული

იქნება სათანადო აბლასტიკა და გამოყენებული იქნება სათანადო სკოლიციდები და პოსტოპერაციულად ჰელმინთების საწინააღმდეგო თერაპია ((Albendazol)

Recep Tekin და თანაავტორების მიერ (12) 2006-2014 წლებში გამოვლენილი იქნა კუნთის ექინოკოკის 24 შემთხვევა 22 პაციენტში. მათგან 15 იყო ქალი (68%), 7 - მამაკაცი (32%), კუნთის ექინოკოკის ყველაზე ხშირი ლოკალიზაცია იყო ბარძაყი - 27.2%, პარავერტებრული რეგიონი - 13.6%. ავადმყოფთა უმრავლესობა აღნიშნავდა უმტკივნეულო, ნელა მზარდი სიმსივნური წარმონაქმნის არსებობას შეუცვლელი მფარავი კანით. შემთხვევათა 90.2%-ში ჩატარებულ იქნა ქირურგიული ამოკვეთა ან ნემსით ასპირაცია.

Khanna et al.(13) 23 წლის განმავლობაში აღწერეს ექინოკოკური ცისტის 24 იშვიათი ლოკალიზაცია ექინოკოკით დაავადებულ 110 ავადმყოფში. ექინოკოკის ლოკალიზაცია იყო ელენთა, კანი, რბილი ქსოვილები.

Mseddi et al. (14) აღწერეს 11 ინტრამუსკულარული ექინოკოკის შემთხვევა 17 წლის განმავლობაში.

კლინიკური მასალის ანალიზით ირკვევა, რომ ადრეულ პერიოდში კუნთის ექინოკოკი სიმპტომები არ იძლევა. სიმპტომების გამოვლენა დაკავშირებულია ექინოკოკის ლოკალიზაციაზე, ირგვლივ ქსოვილებთან კონტაქტზე, გართულებებზე (გახეთქვა, მეორადი იფექცია, იმუნოლოგიური რეაქციები). კუნთის ექინოკოკი ხშირად მანიფესტირდება, როგორც ნელა მზარდი რბილქსოვილოვანი სიმსივნე. იგი შეიძლება შეგვეშალოს მიოზიტსა და კალცი-ფიცირებულ ჰემატომაში, ზოგიერთი ვლინდება ნერვზე კომპრესიით ან ინფექციით. დიაგნოსტიკაში გვხვმარება ექსკოპიური კვლევა, რომელიც საკმაოდ ინფორმაციულია, არაინვაზიური და იაფი.

ამრიგად, კუნთის პირველადი ექინოკოკის დროს საჭიროა დიფერენციული დიაგნოსტიკა კუნთოვანი ქსოვილის უმტკივნეულოდ მიმდინარე, ნელა მზარდ ცისტურ სიმსივნეებთან. დიაგნოზისთვის საჭიროა სისხლის ტესტები, ექსკოპია და კომპიუტერული ტომოგრაფია. დიაგნოზის დადასტურების შემთხვევაში მკურნალობა უნდა იყოს ქირურგიული, რაც გულისხმობს მის ამოკვეთას, ან ასპირაციას სათანადო დამუშავებითა და დრენირებით. ჩვენს მიერ წარმოდგენილი შემთხვევა საინტერესოა მისი იშვიათი ლოკალიზაციიდან გამომდინარე.

**ლიტერატურა:**

1. П.С. Ветшев, Г.Х. Мусаев. ЭХИНОКОККОЗ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ. АННАЛЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГЕПАТОЛОГИИ, 2006, том 11, № 1

2. Tatari H, Baran O, Anlidag T, et al. Primary intramuscular hydatidosis of supraspinatus muscle. Arch Orthop Trauma Surg. 2001;121:93–94.

3. Arazi M, Ericoglou M, Odev K, Memik R, Ozdemir M. Primary echinococcus infestation of the bone and muscles. Clin Orthop Rel Res. 2005;432:234–241.

4. Duncan GJ, Tooke SM. Echinococcus infestation of the biceps brachii. A case report. ClinOrthopRel Res. 1990;261:247–250.

5. Ormeci N, Idilman R, Akyar S, et al. Hydatid cysts in muscle: a modified percutaneous treatment approach. Int J Infect Dis. 2007;11:204–208.

6. Thursky K, Torresi J. Primary muscle hydatidosis of the thigh: management of a complicated case with combination adjunctive albendazole and praziquantel chemotherapy. Clin Infect Dis. 2001;32:65–68.

7. Kazakos CJ, Galanis VG, Verettas DA, Polychronidis A, Simopoulos C. Primary hydatid disease in femoral muscles. J Int Med Res. 2005;33:703–706.

8. Tarhan NC, Tuncay IC, Barutcu O, Demiroz H, Agildere AM. Unusual presentation of an infected primary hydatid cyst of biceps femoris muscle. Skeletal Radiol. 2002;31:608–611.

9. NE Gougoulas, SE Varitimidis, KA Bargiotas, TNDovas, G Karydakakis, and ZH Dailiana. Skeletal muscle hydatid cysts presenting as soft tissue masses. Hippokratia. 2010Apr-Jun; 14(2): 126–130.

10. Дадвани С.А., Шкроб О.С., Лотов А.Н., Мусаев Г.Х. Комплексное лечение гидатидозного эхинококкоза // Факультетская хирургическая клиника на пороге третьего тысячелетия. М., 2000. С. 315-322.;  
11. Мусаев Г.Х. Диагностика и комплексное лечение гидатидозного эхинококкоза // Автореф. дис. док. мед. наук. М., 2000. С. 42)

12. Recep Tekin, Alper Avci, Rojbin Ceylan Tekin,

Mehmet Gem, Remzi C. Heavy hydatid cysts in muscles: clinical manifestations, diagnosis, and management of this atyp-

ical presentation. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. vol. 48 no.5 Uberaba Sept./Oct. 2015

13. Khanna AK, Prasanna GV, Khanna R, Khanna A. Unusual sites of hydatid cysts in India. Trop Doct 2005; 5:233-235.

14. Mseddi M, Mtaoumi M, Dahmene J, Ben Hamida R, Siala A, Moula T, et al. Hydatid cysts in muscles: eleven cases.

Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot 2005; 91:267-271.

### *Case Report*

**Tomadze G., Megreladze A., Azmaiparashvili G., Danelia G., Bolkvadze A.**

### **TWO RARE CASES OF FEMORAL MUSCLE ECHINOCOCCOSIS**

**TSMU, SURGERY DEPARTMENT #2; CENTER OF EMERGENCY SURGERY AND TRAUMATOLOGY**

Echinococcosis is a chronic zoonanthropohelminthic infection. Parasitic cyst in majority of cases is located in liver (65-75%) or lung (25-30%). Muscular echinococcosis is rare (3-5%). Two cases of femoral intramuscular location of echinococcosis in one patient is described. Interval between admissions of patient was 6 months. Cyst was located in the same lower limb, but on different sides (anterior and posterior). Cyst was diagnosed by ultrasound. Echinococcal nature was proved by laboratory tests (Katsoni reaction, nondirect hemagglutination test). MRI helped us to exclude location of cysts in other parts of the body.

Operation performed in both cases echinococectomy. Local scolicidal agent used Betadin 20%. Duration of exposition of scolicidal agent 10 min. Scolicidal treatment after operation with Albendazole. Clinical judgment had two directions: either we left second cyst during first operation, or wound contamination resulted reoccurrence of the cyst. We exclude overlook of the cyst because of multiple ultrasound and MRI checks. We exclude reoccurrence of the cyst, since they were located in the different sites of the leg. Therefore with high probability we can judge, that both cysts were developed independently from each other. Thus, described cases are interesting because of its rarity.