

УДК: 616.36-951.21-06-089

Чжао А.В.¹

д.м.н., профессор

*Заведующий Онкологическим отделением хирургических методов
лечения и противоопухолевой лекарственной терапии
ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В.Вишневского» Минздрава России
Россия, Москва.*

Усмонов У.Д.²

к.м.н., доцент

*Доцент кафедры хирургии и урологии
Андижанский государственный медицинский институт
Узбекистан, Андижан.*

Ботиралиев А.Ш.¹

Соискатель

*Соискатель отдела абдоминальной хирургии
ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В.Вишневского» Минздрава России
Россия, Москва.*

МНОЖЕСТВЕННЫЙ ДВУХСТОРОННИЙ ЭХИНОКОККОЗ ПЕЧЕНИ

Аннотация. Представляем клиническое наблюдение комбинированного лечения множественных двухсторонних эхинококковых кист печени: правосторонняя гемигепатэктомия, перицистэктомия двух кист IV сегмента и чреспеченочная пункция кист левой доли с аспирацией содержимого с санацией полостей кист 85% раствором глицерина. Указанная хирургическая тактика обоснована множеством интрапаренхиматозных эхинококковых кист правой доли,

чреспеченочный пункционный доступ к которым был затруднен или невозможен. Кисты правой доли были инфицированы, что в сочетании с трудностями к их доступу, диктовали необходимость единственно возможного лечебного приема – правосторонней гемигепатэктомии.

Ключевые слова: эхинококкоз печени, резекция печени, радикальные операции, пункционно-дренажное лечение.

Zhao A.V.¹

Doctor of Medical Sciences, professor

Head of the Oncology Department of Surgical Methods

of Treatment and Anticancer Drug Therapy

A.V. Vishnevsky National Medical Research Center of Surgery

Russia, Moscow

Usmonov U.D.²

Ph.D., Associate Professor

Associate Professor of the Department of Surgery and Urology

Uzbekistan, Andijan

Botiraliyev A.Sh.¹

Graduate student

Graduate student of Abdominal Surgery Department

A.V. Vishnevsky National Medical Research Center of Surgery

Russia, Moscow

MULTIPLE BILATERAL LIVER ECHINOCOCCOSIS

Annotation. We present a clinical observation of the combined treatment of multiple bilateral echinococcus hepatic cysts: right-sided hemihepatectomy, pericystectomy of two cysts of the IV segment and transhepatic puncture of the

left lobe cysts with aspiration of the contents with sanitation of the cysts cavities with 85% glycerol solution. The specified surgical tactics is justified by a multitude of intraparenchymal echinococcus cysts of the right lobe, the transhepatic puncture access to which was difficult or impossible. The cysts of the right lobe were infected, which, combined with the difficulties in accessing them, dictated the need for the only possible therapeutic approach - right hemihepatectomy.

Key words: liver echinococcosis, liver resection, radical surgery, puncture-drainage treatment.

Введение. Результаты хирургического лечения эхинококкоза печени не могут полностью удовлетворить хирургическую общественность, в связи с рецидивами заболевания в 25-30% наблюдений среди первично оперированных, а также высоким уровнем (до 50% и более) специфических послеоперационных осложнений [1-8].

На основании опыта Национального медицинского исследовательского центра хирургии им. А.В. Вишневского, неудовлетворительные результаты хирургии эхинококкоза обычно наблюдается при его осложненных формах, которые были поздно диагностированы [9-14]. Одной из ведущих причин рецидивов заболевания и частоты послеоперационных осложнений служит широкое использование относительно простой (по технике исполнения) классической эхинококкэктомии, при которой не предпринимается удаление фиброзной капсулы, в которой сохраняются живые протосколексы (основа для рецидивов) и метаболитов анаэробов, способствующих развитию гнойно-воспалительных осложнений со стороны остаточной полости [13-16].

Особые трудности для лечения представленной пациентки с множественными двухсторонними эхинококковыми кистами. В последнее

время рекомендуется при множественных эхинококковых кистах прибегать к чрескожным пункционно-дренирующим методикам, эхинококкэктомиям при поверхностной локализации кист атипичным краевым резекциям [4, 10, 17-19].

Однако при множестве эхинококковых кист с двухсторонним поражением печени, особенно когда кисты без ИОУЗИ во время операции не распознаны, так как глубоко расположены в паренхиме все рекомендуемые способы операций, включая эндовидео хирургические, не позволяет полностью избавиться от заболевания [2, 5, 6, 20, 21].

Из химиотерапевтических средств, доступных в настоящее время для лечения эхинококкоза печени, наиболее изученными являются карбаматы бензимидазола, альбендазол и мебендазол. Их основной механизм действия включает вмешательство в абсорбцию глюкозы паразитом, что приводит к истощению гликогена внутри паразитарных внутриклеточных органелл [7,8,22].

Представляем **клиническое наблюдение** больного Д., 1989 г.р., поступившего в НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского (отделение хирургической онкологии) 28.01.2020 с диагнозом: Множественные билатеральные эхинококковые кисты печени. Эхинококковая киста мышцы, выпрямляющей позвоночник слева. Состояние после операции эхинококкэктомии из легких (в 2016-2017 гг.).

При поступлении больной предъявлял **жалобы** на периодические боли в спине в межлопаточном пространстве.

При осмотре. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. На грудной стенке справа и слева рубцы после резекционных вмешательств на легких в 2016-2017 гг. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Живот не вздут, правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальных

симптомов нет. Грыжевых выпячиваний не выявлено. Печень пальпаторно на 2 см выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул регулярный, оформленный, обычной окраски. Область почек визуально не изменена, мочеиспускание не нарушено, дизурии нет. На спине, на уровне VIII межреберья в области позвоночника справа определяется опухолевидное образование тугоэластической консистенции размером до 5 см.

Результаты обследования.

МСКТ органов грудной и брюшной полости (28.02.2020).
Заключение. Поствоспалительные и постоперационные фиброзные изменения обоих легких. Буллезная эмфизема легких. Паразитарная киста в мягких тканях спины справа. Гепатомегалия. Билобарное полисегментарное паразитарное поражение печени (визуализируются множественные гиподенсные кистозные образования, не накапливающие контрастный препарат, размерами от 10 до 50 мм (рис. 1).

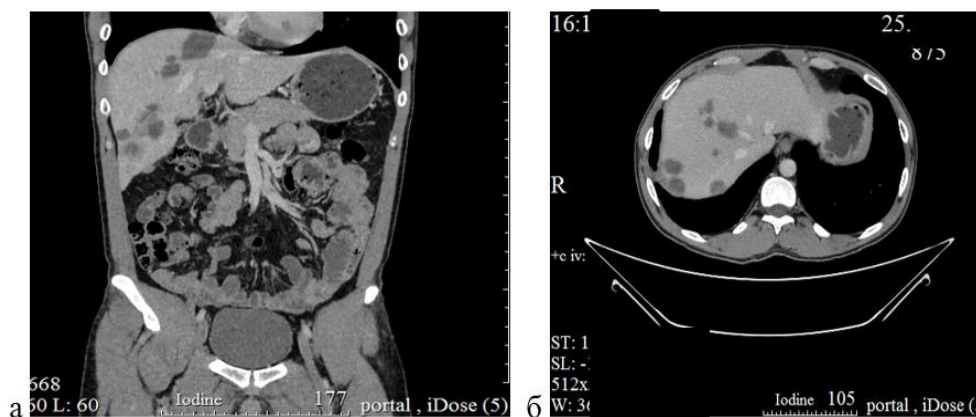


Рис. 1. МСКТ-изображения органов грудной и брюшной полости с эхинококковыми кистами в печени (до операции): а – коронарная проекция; б – аксиальная проекция.

В правой доле S5, S6, S7, S8 сегментах множественные образования; на границе S4 и S5 сегментов два крупных образования размерами до 30 мм и два более мелких образования размерами до 15 мм каждое; единичное образование на границе S2 и S3 сегментов; два образования в

S3 сегменте; образование. размерами 50x50 мм, расположено в S5-S6).
Расширение желчных протоков S5 печени. Добавочная доля селезенки.
Удвоение левой почечной артерии. Кистозная структура в височной доле
справа.

Магнитно-резонансная холангиопанкреатография (28.02.2020).

Заключение. На фоне кистозных образований в печени определяются
фрагментарные расширения желчных протоков (рис. 2). Сегментарные
протоки правой доли: S5 диаметром до 6,3 мм, субсегментарные протоки
прослеживаются до субкапсулярных отделов; в остальных отделах
сегментарные протоки до 2 мм, секторальные до 2,3 мм. Сегментарные
протоки левой доли определяются диаметром до 2 мм, субсегментарные
нитевидные. Правый долевым проток – 3,2 мм, левый долевым - до 3,0 мм.
Конфлюэнс желчных протоков по типу бифуркации. Холедох
определяется диаметром 3,0 мм, прослеживается до уровня большого
дуоденального сосочка.

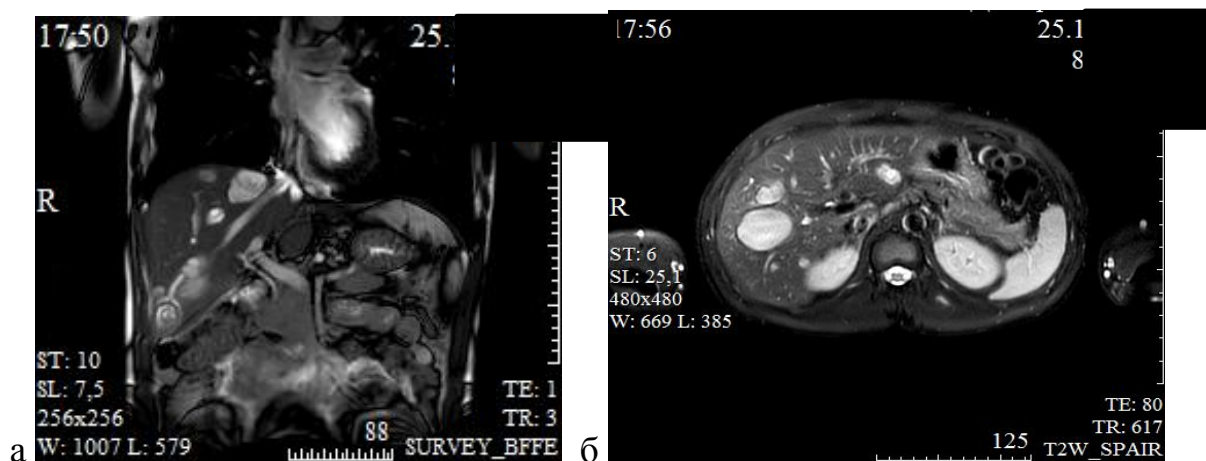


Рис. 2. МРХПГ-изображения органов грудной и брюшной полости с
эхинококковыми кистами печени (до операции): а – коронарная проекция,
TE_BFFE В.И.; б – аксиальная проекция, T2_SPAIR В.И.

Общий анализ крови (01.28.2020): гемоглобин - 165 г/л; эритроциты -
5,04*10¹²; лейкоциты - 9,94*10⁹; эозинофилы - 4%; лимфоциты - 39%;
тромбоциты - 173.*10⁹; СОЭ - 4.

Показатели биохимического анализа крови и коагулограммы в норме.

По данным предоперационного обследования больному планируется оперативное вмешательство в объеме: полисегментарная атипичная резекция печени, с перицистэктомией и удаление эхинококковой кисты мышцы выпрямителя спины слева.

Выполнена операция (04.03.2020): Правосторонняя гемигепатэктомия (ПГГЭ), эхинококкэктомия, субтотальная перицистэктомия кист IV сегмента печени, пункционная обработка глицерином и аспирация содержимого паразитарных кист II-III сегментов печени под УЗ-контролем.

Протокол операции: Разрезом «J» направо послойно вскрыта брюшная полость. При ревизии брюшной полости отмечается умеренный спаечный процесс. В желудке, поджелудочной железе, двенадцатиперстной кишке, тонкой кишке, селезенке, почках, парааортальных лимфоузлах патологических изменений не выявлено. Имеется единичные увеличенные лимфоузлы в области гепатодуоденальной связки.

При осмотре печень темно-вишневого цвета, имеется умеренный гепатоз, увеличена в размерах за счет множественных кистозных образований диаметром до 6 см. Левая доля гипертрофирована, в ней пальпируются четыре эхинококковые кисты. На одном из кистозных образований правой доли распластан желчный пузырь.

При ИОУЗИ выявлены множественные эхинококковые кисты печени (рис. 3): множественные кисты правой доли, 2 небольших поверхностные кисты IV сегмента и 2 глубоко расположенных небольшие кисты III сегмента.

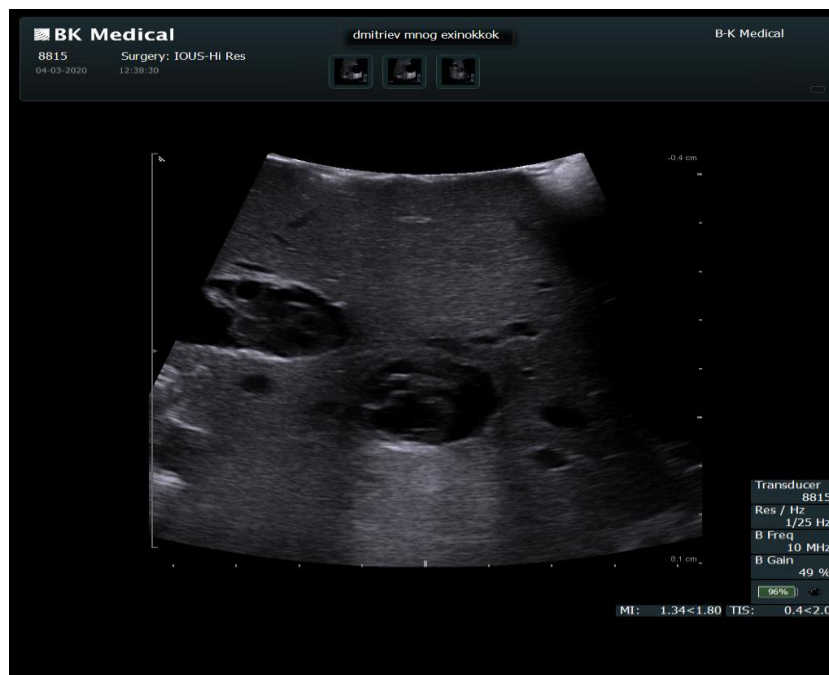


Рис. 3. ИОУЗ-изображение эхинококковых кист печени.

Анатомическая ППГЭ выполнена в стандартном варианте (рис. 4а) с минимальной кровопотерей, произведены эхинококэктомия и перицистэктомия 2-х кист IV сегмента печени. Далее под контролем ИОУЗИ иглами Chiba 1820 (1 шт.) и 1815 (2 шт.) произведены поэтапные punctии интрапаренхиматозных эхинококковых кист с введением равного объема глицерина с экспозицией 10 мин. и последующей реаспирацией глицерина и промыванием физиологическим раствором. Не извлекая иглу, еще две иглы последовательно позиционированы в "объединенные полостные структуры" после пункционного механического внутривполостного разрушения наиболее крупных из дочерних кист, и, по аналогичной схеме, аспирация-экспозиция-реаспирация произведена их обработка (рис. 4б). Однако, учитывая, сохранение в полости более мелких кист, целостность которых пункционным способом нарушить не представляется возможным, для пролонгации антисколекцидного эффекта в отношении них глицерин обновлен и оставлен в полости в минимальном объеме. Иглы извлечены.

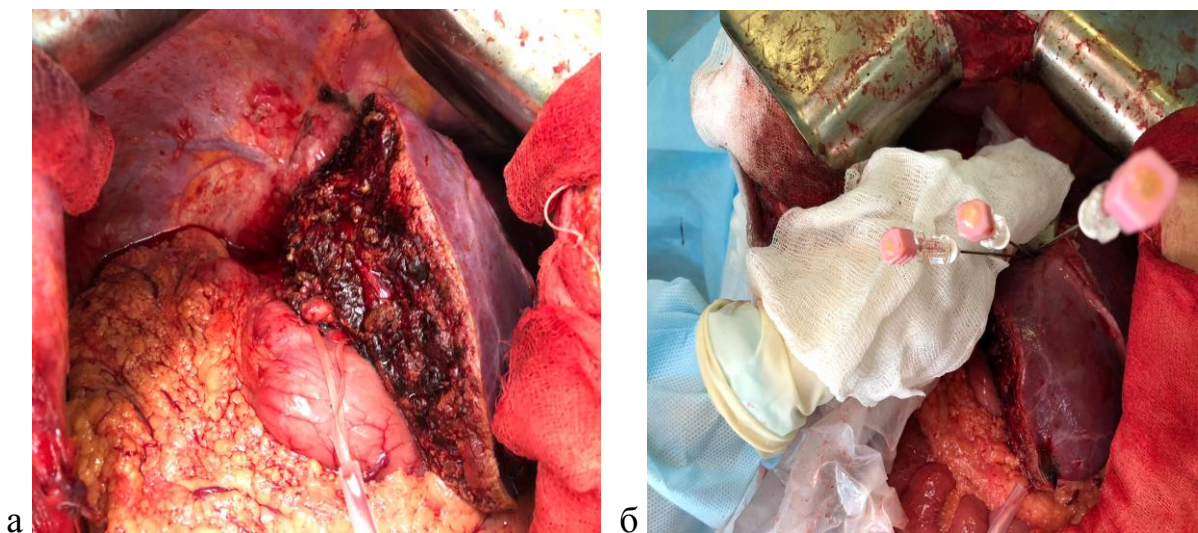


Рис. 4. Интраоперационные фото: а - состояние после гемигепатэктомии; б - пункционная антисколецидная обработка резидуальной эхинококковой кисты левой доли печени под УЗ-контролем

Гистологическое исследование макропрепарата: Эхинококкоз правой и левой долей печени (рис. 5).

1) Стенки кист построены из фиброзной ткани, по внутренней поверхности - с некрозами, наружная поверхность с кровоизлияниями, фокусами лимфоплазмочитарной инфильтрации, а также мелкими участками ткани печени. Фрагменты хитиновой оболочки не определяется.

2) Жировая клетчатка с участками фиброза, кровоизлияниями.



Рис. 5. Макропрепараты удаленной части правой доли печени при последовательных разрезах (а, б)

3) Фрагменты кистозной полости, по внутренней поверхности - с некрозами, наружная поверхность с кровоизлияниями, фокусами лимфоплазмоцитарной инфильтрации. Фрагментов хитиновой оболочки не определяется.

4) В ткани печени - множественные кисты, внутренняя поверхность которых представлена некротизированной тканью с участками хитиновых оболочек (часть кист расположена вблизи края резекции) (рис. 5).

Течение послеоперационного периода гладкое. Показатели общего анализа крови нормализовались. Дренажи были удалены на 5-6 сутки после операции, швы сняты.

Сделано контрольное УЗИ: Состояние после ПГГЭ, интраоперационной антисколецидной обработки интрапаренхиматозных эхинококковых кист. Незначительная прослойка жидкости по зоне резекции печени.

Послеоперационная рана зажила первичным натяжением. Пациент выписан с рекомендацией дальнейшей профилактики рецидива химиотерапией с альбендазолом. Общий койко-день составил 17 дней.

Представленное клиническое наблюдение свидетельствует, что при множественном двухстороннем поражении печени эхинококкозом иногда приходится прибегать к использованию комплекса хирургических методов. Так, при множественных эхинококковых кистах интрапаренхиматозно расположенных в одной из долей, когда удаление их поочередное или санация невозможны, следует прибегать к резекции печени со всеми кистами (в данном случае к ПГГЭ). Для других кист, локализованных в левой доле печени, метод лечения определялся числом, размерами кист и глубиной их залегания. У данного пациента после ПГГЭ, две небольших поверхностно расположенных кисты были иссечены с фиброзной капсулой, затем при двух небольших интрапаренхиматозных

кистах III сегмента произведена их чреспеченочная санация раствором глицерина по стандартной методике.

Заключение. Предлагаемые методы лечения множественных эхинококковых кист печени с двухсторонней локализацией обычно сводятся к эхинококкэктомии поверхностно расположенных кист, краевым атипичным резекциям или чреспеченочно пункционному дренированию глубоких кист паренхимы печени с аспирацией содержимого и санацией полости кист. Гемигепатэктомии одной из половин печени с кистами, при наличии кист в противоположной доле, из-за опасности развития печеночной недостаточности, в литературе не описаны.

Хирургическая тактика лечения пациента, представленного в клиническом наблюдении, обоснована множеством интрапаренхиматозных эхинококковых кист правой доли, чреспеченочный пункционный доступ к которым был затруднен или невозможен. Кисты правой доли были инфицированы, что в сочетании с трудностями к их доступу, диктовали необходимость единственно возможного лечебного приема – правосторонней гемигепатэктомии.

Список использованных источников

1. Альперович Б.И. Оперативные вмешательства при эхинококкозе, их классификация. *Анналы хирургической гепатологии*. 1999; 4(1): 104-106.
2. Шевченко Ю.Л., Харнас С.С., Самохвалов А.В., Лотов. А.Н. Эволюция методов хирургического лечения эхинококкоза печени. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2004; 7: 49-55.
3. Журавлев В.А., Русинов В.М., Щербакова Н.А. Гидатидозный эхинококкоз печени. Вопросы хирургического лечения. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2004; 4: 51-54.

4. Назыров Ф.Г., Десятов А.В., Махмудов У.М. Комплексный подход к хирургическому лечению эхинококкоза печени и органов брюшной полости: Материалы научно-практической конференции. Ташкент, 2004; 50.
5. Журавлев В.А., Черемисинов О.В. Традиционное, новое и спорное в хирургии эхинококкоза печени. *Анналы хирургической гепатологии*. 2005; 10(2): 109.
6. Karan M., Karan S., Goksoy E., Perek S., Kol E. Postoperative recurrence in hepatic hydatid disease. *J Gastrointest Surg*. 2006 May; 10(5): 734-739. doi: 10.1016/j.gassur.2005.10.013.
7. Pakala T., Molina M., Wu G.Y. Hepatic Echinococcal Cysts: A Review. *J Clin Transl Hepatol*. 2016 Mar 28; 4(1): 39-46. doi: 10.14218/JCTH.2015.00036.
8. Greco S., Cannella R., Giambelluca D., Pecoraro G., Battaglia E., Midiri M., Brancatelli G., Vernuccio F. Complications of hepatic echinococcosis: multimodality imaging approach. *Insights Imaging*. 2019; 10: 113-124. Doi: 10.1186/s13244-019-0805-8
9. Кубышкин В.А., Вишневский В.А., Кахаров М.А., Икрамов Р.З., Гаврилин А.В. Эволюция методов хирургического лечения эхинококкоза печени. *Анналы хирургической гепатологии*. 2002; 7(1): 18-22.
10. Гаврилин А.В., Кунцевич Г.И., Вишневский В.А. Жаворонкова О.И. Пункционное лечение эхинококковых кист печени под ультразвуковым наведением. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2002; 8: 39–46.
11. Вишневский В.А., Икрамов Р.З., Кахаров М.А. Радикальное хирургическое лечение эхинококкоза печени. *Анналы хирургической гепатологии*. 2002; 7(1): 315-316.

12. Вишневский В.А., Икрамов Р.З., Кахаров М.А., Ефанов М.Г. Радикальное лечение эхинококкоза печени. Совместное состояние проблемы. Бюллетень сибирской медицины, 2007; 3: 22-26

13. Вишневский В.А., Ефанов М.Г., Икрамов Р.З., Кахаров М.А. Радикальное лечение резидуального эхинококкоза печени. Альманах Института Хирургии им. А.В. Вишневского. 2008; 3(1): 13–18.

14. Вишневский В.А., Ефанов М.Г., Икрамов Р.З., Назаренко Н.А. Радикальные операции при первичном и резидуальном эхинококкозе печени. Анналы хирургической гепатологии. 2011; 4: 25-33.

15. Лотов А.Н., Черная Н.Р., Бугаев С.А., Луцык К.Н., Розинов В.М., Беляева О.А., Петлах В.И., Чжао А.В., Жаворонкова О.И., Кондрашин С.А., Горемыкин И.В., Филиппов Ю.В. Сберегающая хирургия при эхинококкозе печени. Анналы хирургической гепатологии. 2011; 4: 11-18.

16. Ахмедов С.М., Иброхимов Н.К., Сафаров Б.Д., Расулов Н.А. Резекция печени при эхинококкозе. Анналы хирургической гепатологии. 2014; 19(2): 49-55.

17. Емельянов С.И., Хамидов М.А., Феденко В.В., Панфилов С.А. Принцип апаразитарности при лапароскопической эхинококкэктомии печени. Эндоскоп. хирургия. 2000; 4: 26–29

18. Cirenei A., Bertoldi I. Evolution of Surgery for Liver Hydatidosis from 1950 to Today: Analysis of a Personal Experience. Wld J. Surg. 2001 Jan; 25(1): 87-92.

19. Гульмурадов Т.Г., Амонов Ш.Ш., Прудков М.И., Сангов Д.С. Минимально-инвазивная хирургия эхинококкоза печени. Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. 2015; 2: 29-33.

20. Belli L., Favero E., Marni A., Romani F. Resection versus pericystectomy in the treatment of hydatidosis of the liver. Am. J. Surg. 1983 Feb; 145(2): 239-242.

21. Вишневский В.А., Ефанов М.Г., Икрамов Р.З., Назаренко Н.А., Чжао А.В. Эхинококкоз печени. Хирургическое лечение. Доказательная гастроэнтерология. 2013; 2: 18-25.

22. Ветшев П.С., Мусаев Г.Х., Бруслик С.В. Эхинококкоз: современное стояние проблемы. Украинский журнал хирургии. 2013; 22(3): 196-201.