

ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЫ ЭХИНОКОККОЗА ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЛЁГКИХ

Василяшко В.И., Аблицов А.Ю.,
Стойко Ю.М., Левчук А.Л.*,
Бруслик С.В., Свиридова Т.И.,
Максименков А.В., Игнатьев Т.И.

ФГБУ «Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова»,
Москва

DOI: 10.25881/20728255_2024_19_4_165

Резюме. Представлено клиническое наблюдение пациента с эхинококкозом лёгких, печени и поджелудочной железы у больного 33 лет. Описаны клинические проявления, инструментальные исследования эхинококкоза, диагностика его осложнений и рассмотрены вопросы хирургической тактики и медикаментозного лечения. Использование спирального компьютерного томографа и метод серологической диагностики верифицировали распространённость паразитарного заболевания, что позволило определить и выполнить этапную лечебную тактику, приведшую к выздоровлению пациента при генерализованной форме эхинококкоза.

Ключевые слова: множественные эхинококковые кисты лёгких, печени, поджелудочной железы, диагностика, хирургическое и противопаразитарное лечение.

Введение

Эхинококкоз – паразитарная болезнь человека и животных, известна человечеству на протяжении тысячелетий. По данным ВОЗ на 50 млн. человек, ежегодно умирающих в мире, более чем у 16 млн. причиной смерти являются инфекционные и паразитарные заболевания [1]. Отмечается постепенный рост заболеваемости эхинококкозом, и расширяются его географические границы [2]. Для клинической картины эхинококкоза характерна полиморфность симптомов, которая определяется локализацией, размерами, множественностью инвазии, быстротой роста кисты, механическим и токсическим действием паразита [3]. Диагностика эхинококкоза, особенно осложнённых форм, – трудная задача. Это обусловлено многими факторами. Во-первых, в настоящее время существует множество заболеваний, при которых их семиотика сходна с эхинококкозом. Во-вторых, из-за поздней диагностики, клиническое течение эхинококкоза может протекать под маской различных патологических процессов, из-за чего больные продолжают длительное время обследоваться [4; 5]. Нередко правильный диагноз ставится только при экстренном лечении осложнений. Серьёзной проблемой является

STAGED TREATMENT OF GENERALIZED FORM OF ECHINOCOCCOSIS OF ABDOMINAL ORGANS AND LUNGS

Vasilashko V.I., Ablitsov A.Yu., Stoyko Yu.M., Levchuk A.L.*, Bruslik S.V., Sviridova T.I., Maksimenkov A.V., Ignatiev T.I.

Pirogov National Medical and Surgical Center, Moscow

Abstract. The article presents a clinical observation of a case of echinococcosis of the lungs, liver and pancreas in a 33-year-old patient. The clinical manifestations, instrumental studies of echinococcosis, diagnostics of its complications are described and the issues of surgical and drug treatment methods are considered. The use of a spiral computed tomograph and a serological diagnostic method made it possible to verify the prevalence of the parasitic disease, which made it possible to determine a staged treatment strategy that led to the patient's recovery with a generalized form of echinococcosis.

Keywords: multiple echinococcal cysts of the lungs, liver, pancreas, diagnostics, surgical and antiparasitic treatment.

лечение сочетанного множественного эхинококкоза [6; 7].

Цель: представить клиническое наблюдение комбинированного поэтапного лечения пациента с множественным осложнённым эхинококкозом обоих лёгких, печени и поджелудочной железы.

Пациент Е., 33 лет. Первые симптомы заболевания отметил в июне 2022 г., когда на фоне «полного здоровья» возникло повышение температуры тела до фебрильных значений. В последующее время появилась общая слабость, недомогание. Описанные симптомы носили временный, периодический характер, после симптоматической терапии быстро проходили. Однако с августа 2022 г. стал отмечать учащение эпизодов вышеописанного состояния. Общая слабость приобрела постоянный характер. Обратился к врачу. Была выполнена рентгенография органов грудной клетки 29.09.22 (Рис. 1).

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки отмечались множественные округлые интенсивные тени с четкими неровными контурами, расположенные преимущественно в прикорневых зонах обоих лёгких и нижних лёгочных полях, диаметром от 14 мм до 57 мм. С диагнозом: «Множественные образования лёгких (susp/mts)» был направ-

лен на консультацию к онкологу. 03.10.22 выполнена КТ органов грудной (Рис. 2) и брюшной полостей (Рис. 3), на которой выявлены признаки множественных кистозных образований обоих лёгких, печени, поджелудочной железы.

Окончательно диагноз опухолевого процесса не был снят. Для оценки распространённости опухолевого процесса было назначено ПЭТ/КТ всего тела, при которой данных за наличие активной опухолевой ткани с гиперметаболической активностью не выявлено. В процессе обследования на фоне относительного благополучия 10.11.22 почувствовал резкие боли в жи-



Рис. 1. Рентгенограмма больного Е. с наличием множественных эхинококковых кист обоих лёгких.

* e-mail: talisman157@yandex.ru

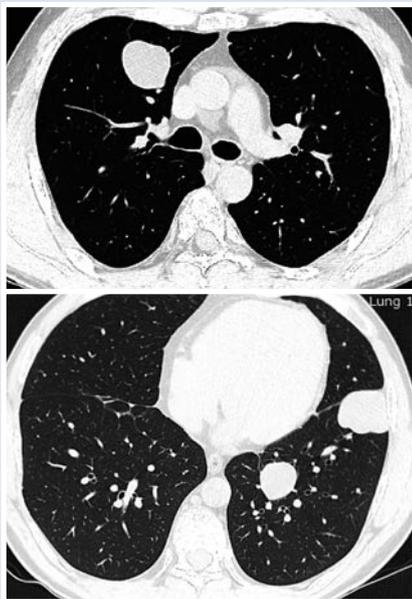


Рис. 2. КТ лёгких больного Е. с эхинококковыми кистами.



Рис. 3. КТ органов брюшной полости больного Е. с множественными кистами печени и поджелудочной железы.

воте. Машиной скорой помощи доставлен в стационар. При УЗИ была обнаружена жидкость в брюшной полости. Учитывая клинические проявления перитонита и анафилактического шока, в экстренном порядке выполнена лапароскопия, на которой выявлена перфорация кисты правой доли печени с прорывом содержимого кисты в свободную брюшную полость, распространённый серозно-фибринозный перитонит. Выполнено: лапароскопическая фенестрация кисты печени, санация и дренирование брюшной полости. При гистологическом исследовании участков разорвавшейся кисты выявлены признаки ее паразитарного происхождения (эхинококковая киста). Больной выписан из стационара с рекомендацией консультации паразитолога. Пациент был консультирован в клиническом отделении медицинской

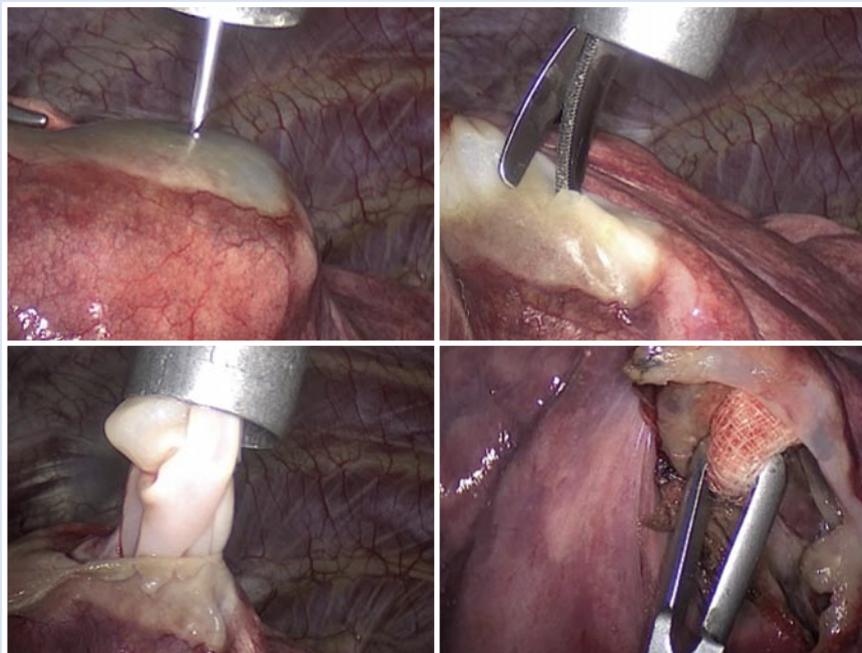


Рис. 4. Торакоскопическая эхинококкэктомия лёгкого больного Е.

паразитологии и тропической медицины Института медицинской паразитологии, тропических и трансмиссивных заболеваний им. Е.И. Марциновского. Сформулирован окончательный диагноз: Вторичный сочетанный, множественный эхинококкоз органов брюшной полости (печени, поджелудочной железы) и лёгких. Гидатидозная форма. Генерализованное течение. Третья «переходная» форма. Вторичная клиническая группа (СЕ1 по классификации ВОЗ – 2003 года). Статус паразита «живой». Период клинических проявлений. Состояние после лапароскопической санации и дренирования брюшной полости, фенестрации разорвавшейся кисты печени по поводу прорыва эхинококковой кисты в свободную брюшную полость с развитием перитонита.

Множественный характер поражения, большие размеры эхинококковых кист с локализацией в обоих лёгких, печени и теле поджелудочной железы определили необходимость комбинированного лечения, включающего в себя хирургическое удаление паразитарных кист с последующей противопаразитарной химиотерапией. Учитывая двухстороннюю лёгочную локализацию эхинококковых кист и наличие кист в печени и поджелудочной железе, оперативное лечение решено выполнять поэтапно.

Торакальный этап лечения

Пациент госпитализирован 13.12.22 г. в «НМХЦ им. Н.И. Пирогова»

для хирургического лечения. Периферическое расположение кист в лёгких и их размер предопределяли большую вероятность прорыва их содержимого с развитием плевро-лёгочных осложнений. Этот факт позволил поставить на первое место торакальный этап оперативного вмешательства. В свою очередь, множественное количество кист и их большой размер в левом лёгком определили выбор стороны лёгочного вмешательства.

14.12.22 г. выполнена левосторонняя видеоассистированная эхинококкэктомия. Киста, расположенная в восьмом сегменте лёгкого, удалена путем атипичной резекции нижней доли с помощью сшивающих аппаратов. Далее выполнена эхинококкэктомия в шестом и восьмом сегментах левого легкого с капитонажем по Дельбе. Послеоперационное течение гладкое.

16.02.22 г. выполнена правосторонняя видеоассистированная эхинококкэктомия в третьем и шестом сегментах. Послеоперационное течение гладкое (Рис. 4).

На контрольной рентгенограмме лёгких от 20.04.23 г. данных за рецидив эхинококкоза нет (Рис. 5).

Абдоминальный этап лечения

После реабилитации 15.05.23 г. пациент Е. вновь госпитализирован в «НМХЦ им. Н.И. Пирогова» для выполнения второго этапа хирургического лечения эхинококковых кист печени и поджелудочной железы. Было проведено кли-



Рис. 5. Контрольная рентгенограмма лёгких больного Е. после окончания торакального этапа лечения эхинококкоза.



Рис. 6. Операционный абдоминальный доступ по Рио-Бранко больного Е.

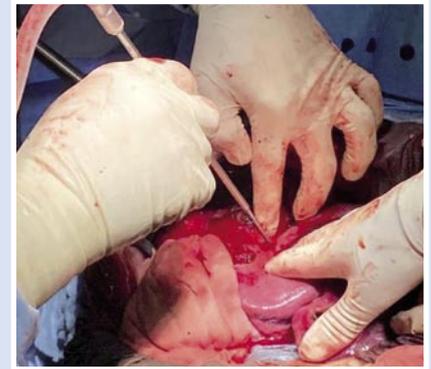


Рис. 7. Пункция эхинококковых кист печени больного Е.

нико-инструментальное обследование пациента, позволившее сформулировать технологию моделирования массивного эхинококкового поражения печени и поджелудочной железы разнокалиберными кистами, включившее серодиагностику по выявлению титра антител IgG к эхинококку. Для определения локализации, числа, размеров образований в печени и поджелудочной железе, анатомического соотношения кистозных структур с кровеносными сосудами органов, пациенту были выполнены: УЗИ органов брюшной полости с дуплексным сканированием сосудов, МСКТ с внутривенным контрастированием. С целью исключения вовлечённости желчных структур в эхинококковые кисты печени, использовали магнитно-резонансную томографию в режиме холангиопанкреатографии (МРХПГ). Учитывая множественный характер поражения печени (более 20 разнокалиберных кист диаметром от 2 см до 15 см) при подготовке к операции рассчитывали функциональный объём оставшейся непоражённой эхинококком части печени с использованием однофотонной эмиссионной компьютерной томографии (ОФЭКТ/КТ).

При выполнении абдоминального хирургического вмешательства первостепенное значение придавали выбору оперативного доступа, т.к. в данном случае, учитывая множественный характер поражения печени и поджелудочной железы, он должен учитывать сегментарность поражения долей печени. В данной ситуации нами применен «J»-образный оперативный доступ по Рио-Бранко (верхне-средняя лапаротомия с перпендикулярным расширением вправо от пупка и откидыванием кожно-мышечного лоскута передней брюшной стенки кверху) (Рис. 6). Этот доступ наиболее удобен при множественном поражении эхинококковыми кистами всех сегментов паренхимы печени, а также при

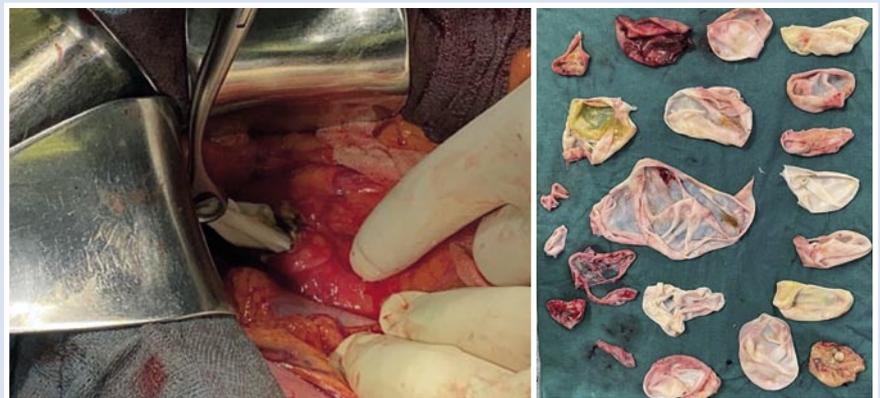


Рис. 8. Удаление хитиновой оболочки эхинококковых кист печени больного Е.

наличии большой кисты в теле поджелудочной железы (диаметр 6×10 см).

При ревизии органов брюшной полости выявлено более 25 мелких (2×2 см) и крупных (5×10 см) эхинококковых однокамерных и многокамерных кист во всех сегментах обеих долей печени с множественными спайками и сращениями. В области перехода тела и хвоста поджелудочной железы диагностирована крупная многокамерная эхинококковая киста 6×10 см, интимно спаянная с задней стенкой желудка и поперечно-ободочной кишкой. Выполнено выделение кист от спаек и сращений с перевязкой кровоточащих сосудов. Этот этап операции производился прецизионно, с учётом вероятности ятрогенной травмы оболочки кист и опасности обсеменения брюшной полости сколками паразита. С целью профилактики интраоперационного обсеменения брюшную полость ограничивали марлевыми тампонами, смоченными в растворе глицерина. Произвели пункцию всех видимых и пальпаторно определяемых кист печени, эвакуацию их содержимого (Рис. 7), цистотомии и удаление хитиновой оболочки с дочерними и внучатыми пузырьками (Рис. 8).

Для пункции использовали толстую иглу типа Дюфо, конец которой присоединяли к электроотсосу. После удаления содержимого кист хирургической ложкой или окончатým зажимом Люэра, осуществляли обработку остаточной полости 100% раствором глицерина. Из 25 вскрытых кист печени в 4 обнаружены открытые перфорантные желчные протоки, устья которых были ушиты ПДС-нитью на атравматичной игле. Завершающий этап оперативного вмешательства, после вскрытия, опорожнения, удаления хитиновой оболочки паразита и обеззараживания остаточной полости кист, состоял в ликвидации их полостей, или в полном либо частичном удалении фиброзной капсулы с обработкой стенок кистозных образований аргоноплазменной коагуляцией (Рис. 9).

В процессе оперативного вмешательства на печени использовали приём Pringle для предупреждения кровотечения, а также интраоперационное УЗИ – контроль с целью исключить возможность оставления необработанных мелких кист живого эхинококка.

Наиболее радикальное вмешательство – перцистэктомия – выполнено на подже-



Рис. 9. Аргоноплазменная коагуляция фиброзной капсулы многокамерной кисты тела поджелудочной железы. Связи с протоковой системой поджелудочной железы не выявлено. Кровоточащие участки краёв ткани поджелудочной железы после иссечения фиброзной капсулы по периметру ушили обвивным швом с гемостатической перитонизацией пластинами Тахокомба.

лудочной железе с иссечением фиброзной капсулы многокамерной кисты тела поджелудочной железы. Связи с протоковой системой поджелудочной железы не выявлено. Кровоточащие участки краёв ткани поджелудочной железы после иссечения фиброзной капсулы по периметру ушили обвивным швом с гемостатической перитонизацией пластинами Тахокомба.

Учитывая травматичность и объём абдоминального этапа хирургического лечения эхинококкоза печени и поджелудочной железы, брюшная полость дренирована четырьмя дренажами, расположенными в над- и подпечёночных пространствах, левом подреберье и в сальниковой сумке. Послеоперационное течение гладкое. Явлений печёночной недостаточности и панкреатита не отмечалось. Осуществлялся постоянный послеоперационный лабораторный мониторинг и динамический контроль УЗИ-диагностики. Заживление ран первичное. Пациент был выписан на 14 сутки из стационара в удовлетворительном состоянии. Гистологическое заключение препаратов подтвердило диагноз наличия множественных кист живого эхинококка.

Противопаразитарное лечение

Проведена серологическая диагностика эхинококкоза с помощью иммуноферментного анализа. Выявлены иммуноглобулины класса G к эхинококку.

Консультация специалиста НИИ РАН паразитологии им. Марциновского: эхинококкоз лёгких, печени, поджелудочной железы. Состояние после хирургического лечения. Рекомендован приём албендазола 400 мг 2 раза в день в течение года.

При контрольном осмотре пациента Е. через 6 месяцев обнаружены две мелкие эхинококковые кисты (1×2; 2×2 см) в I и III сегментах левой доли печени. Выявленные кисты расценены как резидуальный эхинококкоз, что нередко можно наблюдать при множественном поражении ткани печени. Пациенту Е.

20.10.23 г. была выполнена миниинвазивная чрескожная эхинококкэктомия обеих кист под УЗИ и теленаведением с обработкой полостей раствором формалина и удалением хитиновой оболочки паразита через установленные дренажи 16F. Выписан с выздоровлением через 10 суток.

Пациент осмотрен через 1 год после выполненных оперативных вмешательств и проведённой адьювантной противопаразитарной химиотерапии. Клинически здоров. Серологические анализы – отрицательные. На контрольных рентгенограммах и КТ-исследовании органов грудной клетки и брюшной полости данных за рецидив эхинококкоза не обнаружено.

Таким образом, пациенту Е. были выполнены самые современные способы хирургического лечения эхинококковых кист обоих лёгких, печени и поджелудочной железы (лапароскопический, торако-скопический, открытый и чрескожный миниинвазивный), что привело к выздоровлению больного.

Заключение

Отсутствие патогномичных клинико-лабораторных проявлений эхинококкоза диктует необходимость использования сложных методов диагностики. Учитывая представленное клиническое наблюдение, как факт одновременного поражения паразитом нескольких органов, свидетельствует, что выявление хотя бы одной гидатиды, особенно при редкой её локализации (поджелудочная железа) или перенесённого осложнения (перитонит, анафилактический шок) требует полного всестороннего обследования пациента с применением всего арсенала рентгенологических (УЗИ, МСКТ, МРТ), радиоизотопных (ОФЭКТ/КТ) и серологических методик в условиях многопрофильного стационара. Благодаря правильной интерпретации лучевых методов топической диагностики эхинококковых кист, мультидисциплинарному подходу в определении лечебного алгоритма, стало возможным внедрение поэтапного дифференцированного хирургического лечения множественного сочетанного эхинококкоза с многоорганной локализацией кист и анамнестическим их осложнением. Владение широким спектром хирургических методик с применением эндовидеохирургии, как открытого, так и миниинвазивного чрескожного под контролем УЗИ лечения эхинококкоза, позволило справиться с диссеминированным рецидивным поражением органов грудной и брюшной полостей, избежав риска инвалидизации молодого трудоспособного пациента.

Таким образом, следуя алгоритму и соблюдая этапность лечения больного с эхинококковой инвазией (операции в условиях анти- и апаразитарности с соблюдением последовательности их выполнения и действий при работе с кистой, применение гермицидов контактного воздействия с доказательной эффективностью, обязательная послеоперационная противопаразитарная химиотерапия) позволили получить положительный клинический результат, сведя к минимуму рецидив заболевания.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов (The authors declare no conflict of interest).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Шевченко Ю.Л., Стойко Ю.М., Левчук А.Л. и др. Диагностика и лечение осложнённых форм эхинококкоза печени // Вестник НМХЦ им. Н.И. Пирогова. – 2012. – №2. – С.22-27. [Shevchenko YuL, Stoyko YuM, Levchuk AL, et al. Diagnosis and treatment of complicated forms of liver echinococcosis. Bulletin of the N.I. Pirogov National Medical and Surgical Center. 2012; 2: 22-27. (In Russ.)].
2. Шевченко Ю.Л., Назыров Ф.Г. Хирургия эхинококкоза. – Москва, 2016. – 287 с. [Shevchenko YuL, Nazyrov FG. Surgery for echinococcosis. 2016. 287p. (In Russ.)].
3. Икрамов Р.З., Жаворонкова О.И., Ботиралиев А.Ш. и др. Современные подходы в лечении эхинококкоза печени // Высокотехнологичная медицина. – 2020. – №7. – С.14-27. [Ikramov RZ, Zhavoronkova OI, Botiraliyev AS, et al. Modern approaches to the treatment of liver echinococcosis. High-tech medicine. 2020; 7: 14-27. (In Russ.)].
4. Шабунин А.В., Тавобилов М.М., Карпов А.А. Эхинококкоз печени: эволюция хирургического лечения // Хирургия. – 2021. – №5. – С.95-103. [Shabunin AV, Tavobilov MM, Karpov AA. Echinococcosis of the liver: evolution of surgical treatment. Surgery. 2021; 5: 95-103. (In Russ.)].
5. Шабунин А.В., Карпов А.А., Бедин В.В. и др. Предоперационная лучевая навигация в определении хирургической тактики при эхинококкозе печени // Хирургия. – 2023. – №3. – С.5-14. [Shabunin AV, Karpov AA, Bedin VV, et al. Preoperative radiation navigation in determining surgical tactics for liver echinococcosis. Surgery. 2023; 3: 5-14. (In Russ.)].
6. Икрамов А.И. Комплексная лучевая диагностика и выбор метода хирургического лечения эхинококкоза лёгких и печени. Автореф. дисс. ... док. мед. наук. Ташкент. 2003. [Ikramov AI. Complex radiation diagnostics and choice of surgical treatment method for pulmonary and liver echinococcosis. [abstract of dissertation] Tashkent. 2003. (In Russ.)].
7. Шевченко Ю.Л., Харнас С.С., Мусаев Г.Х. и др. Химиотерапия эхинококкоза // Анналы хирургии. – 2005. – №2. – С.15-20. [Shevchenko YuL, Kharnas SS, Musaev GK, et al. Chemotherapy of echinococcosis. Annals of surgery. 2005; 2: 15-20 (In Russ.)].