
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

И. В. Михин, О. А. Косивцов, С. В. Пономарев

Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов

ГИГАНТСКАЯ ЭХИНОКОККОВАЯ КИСТА ЛЕВОЙ ДОЛИ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТКИ, РАНЕЕ ПЕРЕНЕСШЕЙ ЭХИНОКОККЭКТОМИЮ ЛЕВОГО ЛЁГКОГО

УДК 616.582 – 002.951.21

Представлен клинический пример редкого случая гигантской эхинококковой кисты печени с компрессией селезенки, левой почки, вовлечением в процесс диафрагмы, желудка, абдоминального отдела пищевода, холедоха, нижней полой и печеночных вен.

Ключевые слова: эхинококкоз печени, эхинококкэктомия.

I. V. Mikhin, O. A. Kosivtsov, S. V. Ponomarev

GIANT ECHINOCOCCUS CYST INVOLVING THE LEFT LOBE OF THE LIVER IN THE PATIENT WHO SURVIVED ECHINOCOCCECTOMY OF THE LEFT LUNG

The article describes a rare case of giant echinococcus cyst of the liver involving the compression of the spleen, left kidney, and affecting the diaphragm, stomach, abdominal part of the esophagus, common bile duct, inferior vena cava and the hepatic veins.

Keywords: echinococcosis of the liver, echinococcectomy.

Распространенность эхинококкоза в Российской Федерации составляет 0,39 случаев на 100 тыс жителей [5], а Поволжье относится к эндемичным по этому заболеванию регионам. По данным литературы, частота поражения печени при эхинококкозе составляет 44–84 % [1, 2]. Единого мнения в отношении классификации оперативных вмешательств при этом паразитарном поражении, как в нашей стране, так и за рубежом не существует. Отсутствие общепризнанного оптимального варианта хирургического лечения в зависимости от размеров и локализации кисты, наличие фиброзной капсулы, отсутствие единых методов обработки ложа кисты объясняют трудности эффективного лечения эхинококкоза и высокую вероятность его рецидива [2]. Остается высокой частота послеоперационных осложнений в виде остаточных полостей, нагноения, желчеистечения, формирования свищей, развития холангита, а также рецидива заболевания [1, 4].

По определению О. Б. Милонова (1982), «идеальная» эхинококкэктомия – это удаление кисты без повреждения хитиновой оболочки, резекция или удаление органа [3]. Б. В. Петровский

выделял резекцию печени в отдельный вид операций и не считал ее «идеальной» эхинококкэктомией [3, 5]. Вероятность рецидива эхинококкоза связана прежде всего с тем, что уже до операции протосколексы, элементы герминативной оболочки могут находиться в фиброзной капсуле, вне ее и даже в ткани печени, обсеменение которой изначально может быть множественным, а развитие чаще всего только одной паразитарной кисты связано с подавляющей «конкуренцией» со стороны последней [3, 4]. С этим обстоятельством связан известный факт, когда после удаления эхинококковой кисты из легкого начинает быстро расти до того небольшая эхинококковая киста печени, долгое время не увеличивавшаяся в размерах [1].

На практике мы столкнулись со случаем рецидивного эхинококкоза в виде гигантской кисты левой доли печени с компрессией селезенки, левой почки, вовлечением в процесс диафрагмы, желудка, абдоминальной части пищевода, холедоха, нижней полой и печеночных вен.

Больная С., 54 лет 20.03.2014 года обратилась в клинику с жалобами на умеренные боли

в левом подреберье, периодически появляющаяся тошнота, сухость во рту, общую слабость, повышенную утомляемость, умеренный субфебрилитет до $37,0\text{ }^{\circ}\text{C}$, что сохранялось в течение месяца. В 1981 году больная перенесла резекцию левого легкого по поводу эхинококкоза. При объективном осмотре общее состояние было расценено как среднетяжелое. Кожа и видимые слизистые были обычной влажности, бледные; живот – увеличен в размерах, асимметричный, участвовал в акте дыхания, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в левом подреберье, где определялось гигантское туго-эластичное образование, перитонеальные симптомы отрицательны.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,6 \times 10^{12}$, гемоглобин – 100 г/л, тромбоциты – 344×10^9 , лейкоциты – $6,46 \times 10^9$, эозинофилы – 9, палочкоядерные нейтрофилы – 3, сегментоядерные нейтрофилы – 55, лимфоциты – 29, моноциты – 4, СОЭ – 28 мм/ч; биохимические анализы – без изменений. На рентгенограмме органов грудной клетки патологических новообразований не выявлено, легкие в пределах возрастной нормы. Серологический титр антител к эхинококку составил 1:800 (верхняя граница нормы – 1:100). С момента госпитализации пациентке был назначен противопаразитарный препарат «Вермокс» в дозе 700 мг 3 раза в сутки, который она принимает по настоящее время.

При УЗИ органов брюшной полости в правой доле печени выявлено множество эхонегативных образований до 15 мм в диаметре без капсул, а в проекции левой доли печени – гигантское многокамерное образование размером 250×300 мм, с капсулой толщиной 8 мм, медиальная

поверхность которого проецировалась на портальные ворота печени, латеральная – достигала висцеральной поверхности селезенки, смещая последнюю, задняя поверхность компрессировала нижнюю полую вену – эхинококковая киста; свободной жидкости в брюшной полости не выявлено (рис. 1).

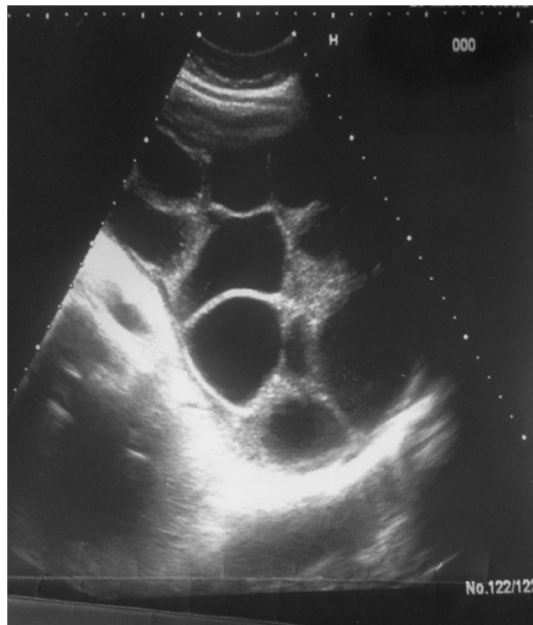


Рис. 1. Исходная ультразвуковая картина эхинококковой кисты левой доли печени

На компьютерной томографии (КТ) также были верифицированы признаки эхинококковой кисты левой доли печени больших размеров со смещением печени, желудка, поперечно-ободочной кишки, левой почки, селезенки (рис. 2).

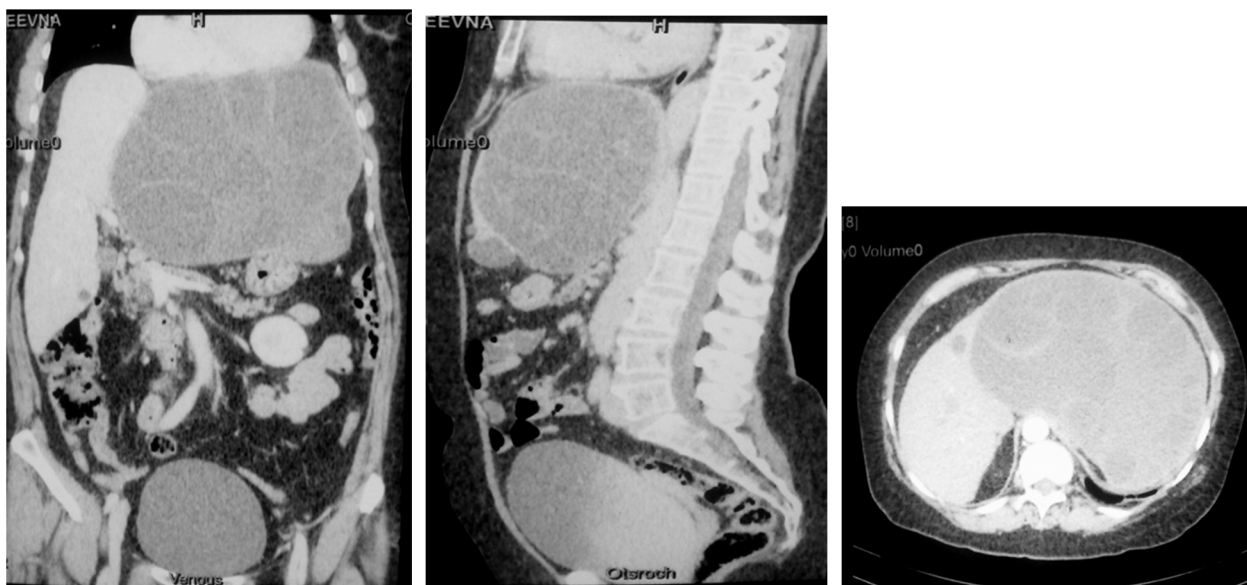


Рис. 2. КТ брюшной полости, выполненная до операции

Сопутствующие заболевания: ИБС, кардиосклероз, артериальная гипертензия 1–2 ст., риск 3.

25.03.2014 года из верхне-срединного доступа мы выполнили плановое оперативное вмешательство: эхинококкэктомия, дренирование

гепатикохоледоха, дренирование брюшной полости.

Интраоперационно было выявлено, что исходящая из левой доли печени гигантская эхинококковая киста неправильной формы занимает все левое поддиафрагмальное пространство, расположена впереди желудка и селезенки, оттесняет их кзади и распластывает по задней стенке брюшной полости, помимо этого оттесняет левую почку до подвздошной области, ротируя ее во фронтальной плоскости в латеральном направлении на 90°.

Передняя стенка кисты мобилизована, вскрыта, эвакуировано около 2500 мл серозной жидкости, содержащей живой эхинококк и множество сколексов. Тупым и острым способами киста отделена от левой почки с восстановлением ее нормального положения, от селезенки, желудка, малого сальника, абдоминальной части пищевода, левого купола и ножек диафрагмы.

После опорожнения кисты также было установлено, что левая доля печени распластана по ее передне-верхней стенке, атрофирована и представляет собой полоску паренхимы, начинающуюся от серповидной связки печени, размерами около 120 × 80 мм, толщиной 2–3 мм с утолщением по собственному краю размерами около 60 × 20 × 20 мм.

При разделении плотных рубцов между кистой, правым куполом диафрагмы и нижней полой веной возникло профузное кровотечение из левой печеночной вены, которое было остановлено тампонадой, пережатием вены на расстоянии около 20 мм от места ее впадения в нижнюю полую вену, наложением сосудистых швов и аппликацией на линию швов гемостатической губки «Surgicel SNOW». Объем кровопотери на этом этапе составил около 2000 мл.

При выделении кисты на уровне серповидной связки печени перевязаны и пересечены 3 желчевыводящих протока наружным диаметром около 2 мм атрофированных II и III сегментов печени.

В связи с выраженными топографо-анатомическими изменениями и деформацией желчевыводящего дерева левый долевого проток и гепатикохоледох располагались в одном векторе, были значительно деформированы, плотно сращены со стенкой кисты, расположены по висцеральному краю правой доли печени по направлению к ее круглой связке, которая также была интимно фиксирована к кисте. Конфлюенс левого и правого долевого протоков печени мы не верифицировали.

При отделении кисты от магистральных желчевыводящих протоков, круглой и гепатодуоденальной связок, манипулируя в портальных воротах печени, мы вскрыли переднюю стенку левого долевого протока, наружный диаметр которого составлял около 3 мм. Через образовавшуюся на расстоянии 15–20 мм от предполагаемого места расположения конфлюенса

щелевидную апертуру, наибольший размер которой составил около 3 мм, мы дренировали гепатикохоледох, наложив возле дренажной трубки герметизирующий узловый шов монофиламентной абсорбирующейся нитью.

Из-за тяжелого состояния больной дальнейшую верификацию элементов желчевыводящих путей решено не проводить.

В результате эхинококковая киста была отделена от вовлеченных в рубцово-спаечный процесс органов и от паренхимы печени полностью, вместе с фиброзной капсулой. Операция закончена установкой в брюшную полость 3 трубчатых дренажей и 2 марлевых тампонов.

Течение раннего послеоперационного периода соответствовало тяжести основной патологии, объему хирургического вмешательства, интраоперационной кровопотере. Тампоны из брюшной полости были удалены через 7 суток после операции.

На холецистолографии, выполненной через 13 суток после операции, контрастирован не расширенный, изогнутый практически под прямым углом холедох, эвакуация контраста в двенадцатиперстную кишку не нарушена, медиальнее гепатикохоледоха диагностировано объемное образование с достаточно четкими контурами – остаточная полость (рис. 3).



Рис. 3. Послеоперационная холецистолография

На серии компьютерных томограмм, выполненных через 21 день после операции, определялась гипертрофированная правая доля печени, в структуре которой имелось несколько кист диаметром 6–10 мм, не накапливающих контраст; по латеральному краю правой почки – две кисты 9 × 10 и 8 × 7 мм (рис. 4).

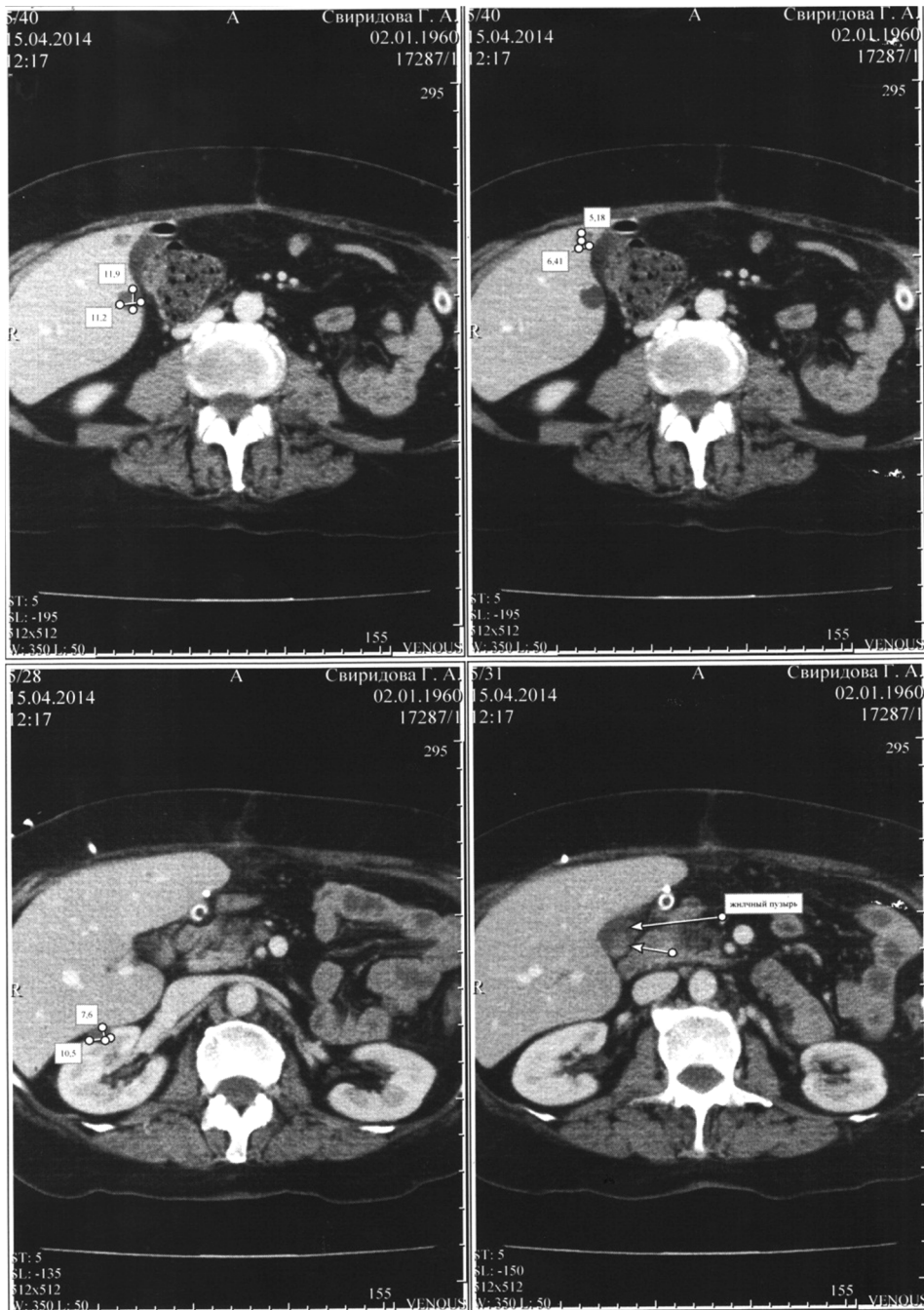


Рис. 4. КТ брюшной полости, выполненная с контрастированием через 21 день после операции

21.04.2014 года в удовлетворительном состоянии, через 27 суток после операции, пациентка была выписана из клиники под амбулаторное наблюдение хирурга и инфекциониста по месту жительства.

При контрольном обследовании через 3 месяца после операции состояние пациентки удовлетворительное, вернулась к трудовой деятельности, работает медицинской сестрой.

При УЗИ органов брюшной полости установлено, что ткань печени имеет обычную эхогенность, неоднородна за счет эхонегативных образований в обеих долях с максимальным размером в правой доле до 16 мм, на резекционной границе IV сегмента – 18 мм;

в подпеченочном пространстве определяется эхопозитивный неоднородный участок без четкого контура 24 × 17 мм – остаточная полость (рис. 5).

Через 6 месяцев при УЗИ брюшной полости наибольший размер правой доли печени – 135 мм, в ней определяются эхонегативные образования (кисты) диаметром 7–17 мм, желчный пузырь 80 × 30 мм, левая доля не визуализируется, диаметр V.portae – 9 мм, селезенка 105 × 46 мм, правая почка 105 × 50 мм, паренхима – 16 мм, в среднем сегменте – киста 12 мм, левая почка 95 × 47 мм, паренхима – 15 мм (рис. 6).



Рис. 5. Ультразвуковая картина остаточной полости через 3 месяца после операции

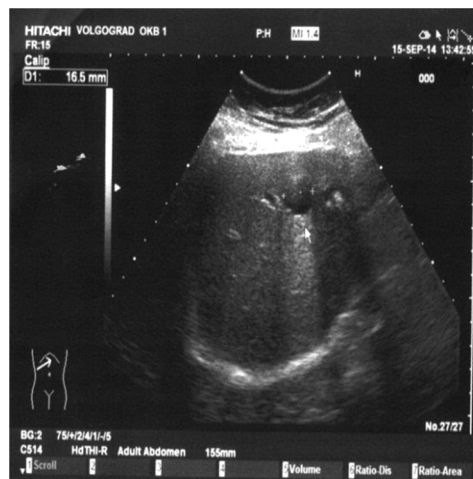


Рис. 6. Ультразвуковая картина печени с не увеличившимися за 6 месяцев после операции кистами

На серии компьютерных томограмм с контрастированием выявлено, что плотность печени в пределах нормы, в ней визуализируются несколько кист размером 6–15 мм, не накапливающие контрастный препарат; в воротах печени визуализируются фиброзные изменения, вероятно, постоперационного характера; плотность содержимого желчного пузыря не изменена, видимых патологических включений не выявлено; поджелудочная железа не увеличена, железистой структуры, без патологических образований,

Вирсунгов проток не расширен; селезенка не увеличена, обычной структуры и плотности. Помимо этого оба надпочечника хорошо визуализируются, их размеры не увеличены, имеют правильную форму, без патологических образований; обе почки расположены обычно, по латеральному краю правой почки визуализируются две кисты диаметром 8–10 мм; увеличенных лимфатических узлов и свободной жидкости в брюшной полости не выявлено (рис. 7).

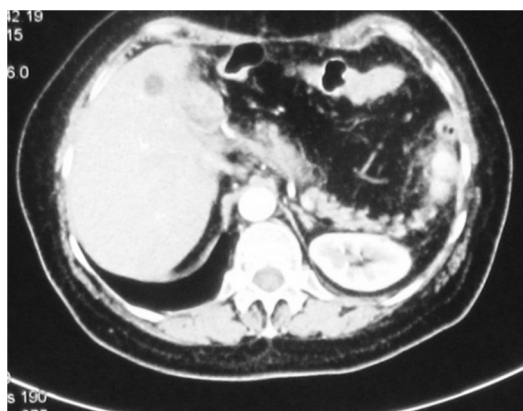


Рис. 7. КТ брюшной полости с контрастированием, выполненная через 6 месяцев после операции

Общий анализ крови: эритроциты – $4,1 \times 10^{12}$, Hb – 115 г/л, тромбоциты – 287×10^9 , лейкоциты – $6,2 \times 10^9$, э – 2, п – 1, с – 31, л – 52, м – 14, СОЭ – 25 мм/ч; биохимические анализы крови без особенностей. Титр антител к эхинококку составил 1:100.

Таким образом, несмотря на гигантские размеры паразитарной кисты левой доли печени, длительно существующий компрессионный синдром, выраженные топографо-анатомические изменения органов брюшной полости и забрюшинного пространства, интимную связь кисты с холедохом, нижней полой и печеночными венами, было выполнено радикальное оперативное вмешательство, которое позволило добиться хороших ближайших результатов лечения пациентки С.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альперович Б. И. Хирургия печени. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 352 с.
2. Борисов А. Е. Руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей. – СПб.: Предприятие ЭФА, 2002. – 448 с.
3. Вишневский В. А., Кахаров М. А., Камолов М. М. // Актуальные вопросы хирургической гепатологии: сб. тез. XII Международ. конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ. – Ташкент, 2005. – С. 106.
4. Гаврилин А. В., Кунцевич Г. И., Вишневский В. А. // Хирургия. – 2002. – № 8. – С. 39–46.
5. Толстокоров А. С., Гергенретер Ю. С. // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2009. – № 4. – Т. 5. – С. 626–629.