

НАБЛЮДЕНИЕ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК 616-002.951.21-073

СЛУЧАЙ НЕОБЫЧНОГО АЛЬВЕОКОККОВОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ

¹Г. Т. Аманбаева, ²С. А. Айтбаев, ³Б. О. Абдурахманов¹Центр лучевой диагностики ЮРФА, г. Бишкек, Кыргызстан²Городская клиническая больница № 1, г. Бишкек, Кыргызстан³Ошская межобластная детская клиническая больница, г. Ош, Кыргызстан

A CASE OF ATYPICAL ALVEOCOCCAL LIVER LESION

¹G. T. Amanbaeva, ²S. A. Aitbaev, ³B. O. Abdurakhmanov¹URFA X-Ray Diagnostic Center, Bishkek city, Kyrgyzstan²Municipal Clinical Hospital № 1, Bishkek city, Kyrgyzstan³Osh Interregional Children's Clinical Hospital, Osh city, Kyrgyzstan

© Коллектив авторов, 2016 г.

В статье приводится клиническое наблюдение пациентки с длительным бессимптомным течением необычной и редкой формой альвеококкоза печени, свидетельствующее о значительных диагностических сложностях и успешном излечении.

Ключевые слова: альвеококкоз, печень, МРТ, диагностика, оперативное лечение.

A clinical observation of a patient with lingering, asymptomatic clinical course of unusual and rare form of alveolar disease of liver, evidencing of significant diagnostic complexities and successful treatment, is given in the article.

Key words: alveococcosis, liver, MRT, diagnosis, operative treatment.

Введение. Альвеококкоз — природно-очаговое заболевание, возбудителем которого является гельминт *Echinococcus multilocularis* [1, 2]. В последние десятилетия отмечается неуклонный рост числа больных с альвеококкозом печени [1–3]. Альвеококкоз в первые годы после инвазии протекает почти бессимптомно вследствие медленного развития и огромной компенсаторной возможности печеночной ткани [3], поэтому клиническое течение довольно сложное и проявления наблюдаются лишь при осложнении. Диагностика альвеолярного эхинококкоза трудна, так как болезнь поражает все органы и системы организма [4]. Без какого-либо лечения 10-летняя выживаемость составляет всего 10–20% [5, 6]. Оперативное вмешательство при условии полного удаления паразитарной опухоли является методом выбора при данном заболевании и остается единственным радикальным методом лечения [7]. В данном сообщении мы представляем историю болезни больной с альвеококкозом печени, которая подтверждает сложность диагностики.

Больная С., 22 года, проживающая в Карасуйском районе Ошской области, поступила 10.12.2013 г. в городскую клиническую больницу № 1 г. Бишкек с жалобами на чувство тяжести и тупые боли в правом подреберье, увеличение живота, слабость.

Анамнез: считает себя больной в течение 6 месяцев, когда появилось чувство тяжести в правом подреберье, затем периодически беспокоила боль в правом подреберье, к врачам не обращалась. В последний месяц состояние пациентки ухудшилось, увеличился в размерах живот, в связи с чем обратилась в районную больницу, где ей был выставлен диагноз «беременность». Для уточнения диагноза женщина обратилась в областную больницу, где при УЗИ беременность была исключена, выявлено объемное образование печени. Для оперативного лечения больная была направлена в ГКБ № 1 г. Бишкек.

При поступлении общее состояние больной удовлетворительное, активная. Правильного телосложения, удовлетворительного питания, подкожно-жировая клетчатка развита нормально. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые. Status localis: при осмотре живот участвует в акте дыхания, асимметричный за счет выбухания правой половины. При пальпации живот плотный, пальпируется образование продолговатой формы от правого подреберья до малого таза, при пальпации отмечается болезненность в правом подреберье.

Патологии со стороны органов грудной клетки не выявлено.

В анализе крови выявлена анемия I степени и ускоренная СОЭ: гемоглобин 10^6 г/л; эритроциты $3,6 \times 10^{12}$ /л; ЦП 0,88; лейкоциты $6,7 \times 10^9$ /л; СОЭ 33 мм/ч. Биохимический анализ крови: билирубин 14,8 мкмоль/л АсАТ 0,16 мккат/л; АлАТ 0,24 мккат/л; мочевины 4 ммоль/л; протромбиновый индекс 94%. Реакция Кацони резко положительная.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 76 в 1 минуту, нормальное положение электрической оси сердца.

Рентгенография грудной клетки: без патологии.

УЗИ: печень увеличена, контуры ее четкие, ровные, структура паренхимы неоднородная, мелкозернистая, в проекции I–4 сегментов печени определяется образование с неровными, но четкими контурами с жидкостным содержимым. Внутривеночные желчные протоки и венозная сеть не расширены. Желчный пузырь нормальных размеров, стенки его уплотнены и умеренно утолщены, содержимое гомогенное, без признаков конкрементов. Холедох не расширен.

Заключение: данные за нагноившийся альвеококкоз печени. Хронический холецистит.

МРТ-исследование органов брюшной полости проводилось на магнитно-резонансном томографе Philips integra 1,5 Т. Протоколы исследований включали получение T1-взвешенных изображений при TR/TE 500/15 мс и T2-взвешенных изображений при TR/TE 2000/140 мс в аксиальных и коронарной плоскостях (рис. 1).

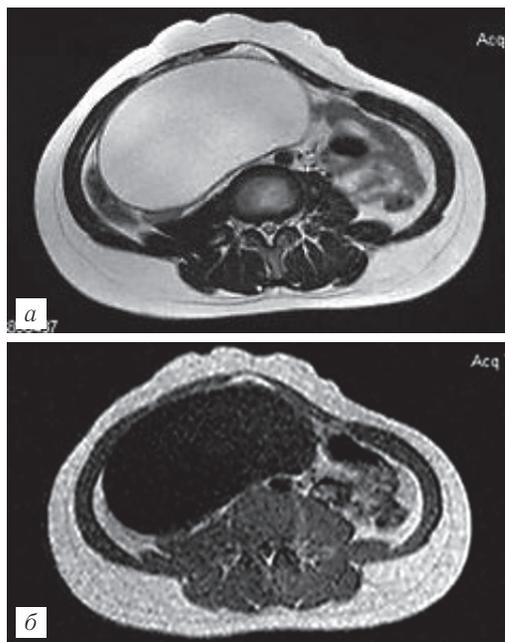


Рис. 1. Альвеококкоз правой доли печени. Магнитно-резонансная томограмма: а — T2-ВИ, б — T1-ВИ в аксиальной плоскости, в — T2-ВИ в коронарной плоскости.

Свободной жидкости в брюшной полости, вокруг печени и забрюшинном пространстве не определяется. Печень умеренно увеличена в размерах, вследствие диффузного поражения правой доли структурным образованием. Образование занимает в основном VI и VII, а затем частично переходит в V и IV сегменты печени. Структура образования тканевая

имеет нечеткие границы и контуры, шероховатую и бугристую поверхность. По нижнему краю образования, растягивается до огромных размеров дополнительный кистозный компонент, характеризующийся гипоинтенсивным МР-сигналом на T1-ВИ и гиперинтенсивным МР-сигналом на T2-ВИ. Кистозное образование занимает практически всю правую половину брюшной полости, включая малый таз. Вышеописанное образование размерами до $30,5 \times 8,0 \times 15,2$ см имеет собственную капсулу и жидкостное содержимое. Желчный пузырь визуализируется достаточно четко, на всем протяжении оттеснен вверх образованием, в просвете видимых конкрементов и других патологических образований нет. На проведенной МР-холангиографии вне- и внутривеночные желчные протоки на всем протяжении не расширены, видимых механических препятствий в печеночных протоках не отмечается. Вирсунгов проток виден четко, не расширен. Поджелудочная железа: головка не видна за счет образования, тело и хвостовая часть железы без патологии. Селезенка размерами $10,2 \times 4,0$ см, паренхима однородная без видимых участков измененной интенсивности. Контуры ее ровные и гладкие. Почки не увеличены, бобовидной формы, паренхима их не изменена, умеренно расширена и деформирована ЧЛС справа. Брюшной отдел аорты без особенностей, диаметр его 19 мм. Измененных лимфоузлов в зоне исследования не выявлено.



Заключение: МР-картина соответствует паразитарному поражению правой доли печени — альвеококкозу, с образованием кистозного компонента огромных размеров.

После предоперационной подготовки в плановом порядке была произведена операция под эндотрахеальным наркозом. После обработки операционного

поля доступом Федорова в правом подреберье послойно вскрыта брюшная полость. По вскрытии и ревизии в V–VI сегментах печени определяется альвеококковый узел белого цвета плотной консистенции с наличием полости распада, которая растянута до правой подвздошной области в виде кистозного образования, спаяна с большим сальником, с печеночным углом толстой кишки, которая выделена острым и тупым путем. При этом установлено, что узел альвеококкоза прорастает в заднюю стенку желчного пузыря. После тщательной мобилизации правой доли печени произведена бисегментэктомия (5–6 сегментов) методом дигитоклазии единым блоком с холецистэктомией. Рана ушита узловыми швами, кровопотеря в момент операции составила 400 мл, гепатодуоденальная связка не пережималась. Подпеченочное пространство и малый таз дренированы страховыми трубками. Послойные швы на рану.

Макропрепарат: узел альвеококка размерами 6,0×6,0 см у основания, в длину 35 см, в ширину 15 см, который представлен в виде паразитарного мешка,

Дренажные трубки удалены на 7-е сутки после операции.

Анализ крови при выписке: гемоглобин 115 г/л; эритроциты $3,8 \times 10^{12}/л$; ЦП 0,9; лейкоциты $6,9 \times 10^9/л$; СОЭ 14 мм/ч. Биохимический анализ крови: билирубин 13,2 мкмоль/л; АсАТ 0,16 мккат/л; АлАТ 0,14 мккат/л; мочевины 5,8 ммоль/л; креатинин 77,2 мкмоль/л.

После проведенного лечения состояние больной улучшилось, нормализовались показатели крови. Пациентка выписана на 20-е сутки после операции. Рекомендовано: соблюдение диеты, ограничение физической нагрузки, прием альбендазола по схеме, контрольное обследование через каждые три месяца.

Контрольное обследование через 6 месяцев: состояние удовлетворительное. При УЗИ органов брюшной полости: патологических образований не обнаружено; состояние после резекции печени (альвеококкэктомия) и холецистэктомии.

Данное наблюдение заслуживает внимания тем, что клинически альвеококкоз печени у больной дли-



Рис. 2. Макропрепарат: а — выделение альвеококкового узла и резекция печени; б — удаленный узел с растянутой капсулой; в — на разрезе ткань альвеококкоза с полостью распада с жидкостью (около 2 л).

в центре — полость распада и наличием большого количества (до 2 л) гнойного содержимого (рис. 2).

Результат гистологического исследования № 1385067: альвеококкоз печени.

В послеоперационном периоде получала инфузионную терапию: комплекс витаминов группы С, В, гепатопротекторы и антибактериальные препараты.

тельное время протекал бессимптомно и был диагностирован лишь на поздних стадиях, когда достиг огромных размеров и в виде мешка с большим количеством гнойного содержимого свисал в брюшную полость и малый таз. Хирургическое лечение (радикальная резекция) при альвеококкозе способно полностью излечить и дает хорошие результаты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айтбаев С. А. Альвеококкоз в Кыргызской Республике и особенности его оперативного лечения: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Бишкек, 2008. — С. 15–20.
2. Бебезов Х. С., Бебезов Б. Х. и др. Обширные резекции печени воротным способом // Здоровоохранение Кыргызстана. — 2010. — № 1. — С. 31–33.
3. Поляков В. Е., Иванова А. И., Полякова Р. П. Эхинококкоз многокамерный (альвеококкоз) // Педиатрия. — 2006. — № 6, Прил. 11. — С. 88–94.
4. Черемисинов О. В. Возможности рентгеновской и магнитно-резонансной томографии в диагностике альвеококкоза печени // Медицинская визуализация. — 2003. — № 4. — С. 46–52.

5. *Vuitton D. A., Qian W., Hongxia Z. et al.* A historical view of alveolar echinococcosis, 160 years after the discovery of the first case in humans: part 1. What have we learnt on the distribution of the disease and on its parasitic agent? // Chinese Medical Journal. — 2011. — Vol. 124, № 18. — P. 2943–2953.
6. *Kern P., Bardonnnet K., Renner E. et al.* European echinococcosis registry: human alveolar echinococcosis, Europe 1982–2000 // Emerg Infect Dis. — 2003. — Vol. 9. — P. 343–349.
7. *Беззев Б. Х., Уметалиев Т. М., Мамашев Н. Д. и др.* Операции при альвеококкозе печени с поражением нижней полой вены и воротной вены // Вестник КРСУ. — 2015. — Т. 15, № 7. — С.27–30.

Поступила в редакцию: 27.12.2015 г.

Контакт: Аманбаева Гульям Тиленбаевна, gt.1401@mail.ru

Сведения об авторах:

Аманбаева Гульям Тиленбаевна — кандидат медицинских наук, доцент, врач отделения МРТ Центра лучевой диагностики ЮРФА. Кыргызская Республика 720001 г. Бишкек, ул. Токтогула 137. тел.: 996 (312) 66-55-61, моб. +996 70 000-14-14, e-mail: gt.1401@mail.ru;

Айтбаев Сызбек Айылчиевич — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры факультетской хирургии КГМА им. И. К. Ахунбаева, врач хирург отделения ГКБ № 1 г. Бишкек, Кыргызская Республика 720014 г. Бишкек, ул. Фучика 15. Тел: моб. +996 (772) 67-86-42; e-mail: siezbekaitbaev@mail.ru;

Абдурахманов Бактыяр Омурбекович — кандидат медицинских наук, врач отделения ЯМРТ Ошской межобластной детской клинической больницы Кыргызская Республика 723500, г. Ош, ул. У. Салиевой б/н, тел. 996 (3222) 82-713, моб. +996 77 707-30-71 e-mail: bahislam@mail.ru.



19 – 22 мая 2016 года
Санкт-Петербург

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ НЕВРОЛОГОВ
XXI ВСЕРОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«НЕЙРОИММУНОЛОГИЯ. РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ»
IV СИМПОЗИУМ
«СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ»
Учебный курс для неврологов Европейского комитета
по исследованиям и лечению рассеянного склероза
Пленум Российского комитета
исследователей рассеянного склероза

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Приглашаем посетить нашу секцию, которая пройдет 21 мая 2016 (3-й день)
в конференц-зал «Пудовкин» (3-й этаж).

ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА СЕКЦИИ

- 10.20–13.45 **МРТ: МЕТОДОЛОГИЯ СОВРЕМЕННОЙ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ**
Председатели: проф. Трофимова Т. Н., д.м.н. Яковлева Е. К.
- 10.20 **Возможности и ограничения МРТ перфузии**
Савинцева Ж. И.
Санкт-Петербург
- 10.50 **Возможности и ограничения МРТ исследования сосудов**
Яковлева Е. К.
Санкт-Петербург
- 11.20 **Возможности и ограничения DWI и DTI**
Назинкина Ю. В.
Санкт-Петербург
- 11.50–12.00 **Перерыв**
- 12.00 **Возможности и ограничения SWAN**
Трофимова Т. Н.
Санкт-Петербург
- 12.30 **Возможности и ограничения МРС**
Богдан А. А.
Санкт-Петербург
- 13.00 **Возможности и ограничения исследования головного мозга плода**
Халиков А. Д.
Санкт-Петербург
- 13.30–13.45 **Дискуссия**

Подробная информация найти на сайте www.scaf-spb.ru.