

СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ АЛЬВЕОКОККОЗА ПЕЧЕНИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Кабанов М.Ю.^{1,3}, Яковлева Д.М.*^{1,2},
Семенов К.В.^{1,3}, Беликова М.Я.¹,
Гаран Т.В.¹, Ладоша М.Ю.¹,
Здасюк С.О.¹, Алексеев В.В.^{1,3}

¹ ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн»,
Санкт-Петербург

² ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская
академия им. С.М. Кирова»,
Санкт-Петербург

³ ФГБОУ ВО «Северо-Западный
государственный медицинский
университет им. И.И. Мечникова»,
Санкт-Петербург

DOI: 10.25881/20728255_2022_17_4_2_143

Резюме. Представлено клиническое наблюдение редко встречающегося в нашем регионе заболевания — альвеококкоза. Продемонстрированы возможности применения современных мининвазивных антеградных технологий декомпрессии билиарного тракта, а также сложности диагностики данного вида паразитарного поражения печени на фоне конкурирующего заболевания COVID-19.

Ключевые слова: альвеококкоз, холангистомия, чрескожное чреспеченочное холангидренирование.

Введение

Альвеококкоз — паразитарное заболевание, относящееся к самым сложным хирургическим проблемам. Заболевание протекает хронически и тяжело, ведет к инвалидизации, вследствие длительного бессимптомного течения, диагностируется, как правило, поздно, при наличии осложненных форм заболевания, когда оперативное вмешательство носит паллиативный характер [1]. Оперативность при альвеококкозе варьирует от 38,1 — 67,3% [2–4]. Следует отметить, что ВОЗ включила это заболевание в список «забытых» паразитарных болезней, которые подлежат тщательному контролю и полной ликвидации к 2050 г. [5]. Геополитические тенденции современного мира, миграция больших потоков людей из эндемичных районов в крупные мегаполисы, в которых не всегда имеются клиники с достаточным опытом лечения пациентов с паразитарным поражением печени, приводят к крайнему разнообразию лечебной тактики у этих больных и отсутствию стандартизированного подхо-

DIAGNOSING DIFFICULTIES LIVER ALVEOLOCOCCOSIS IN THE CONTEXT OF THE COVID-19 PANDEMIC

Kabanov M.Yu.^{1,3}, Yakovleva D.M.*^{1,2}, Semencov K.V.^{1,3}, Belikova M.YA.¹, Garan T.V.¹, Ladosh M.Yu.¹, Zdasyuk S.O.¹, Alekseev V.V.^{1,3}

¹ Hospital for War Veterans, St. Petersburg

² S.M. Kirov Military medical academy, St. Petersburg

³ NWSMU named after I.I. Mechnikov, St. Petersburg

Abstract. A clinical observation of a rare disease in our region, alveococcosis, is presented. The possibilities of using modern minimally invasive antegrade technologies for decompression of the biliary tract, as well as the complexity of diagnosing this type of parasitic liver damage against the background of the competing disease COVID-19, are demonstrated.

Keywords: alveococcosis, cholangiostomy, percutaneous transhepatic cholangiodrainage.

да к их лечению [6]. Не изучены в полной мере особенности клинического течения механических желтух паразитарного генеза и вопросы их диагностики [4].

Пациент Б. 43 лет госпитализирован по неотложным показаниям с диагнозом COVID-19, вирусная пневмония КТ 1. За 5 суток до госпитализации пациент был выписан из другого стационара города. 8 суток назад пациенту выполнена наружная холангистомия (ЧЧНХД) левой доли печени и дренирование абсцесса правой доли по поводу механической желтухи на фоне ЖКБ. При выписке пациента из стационара на амбулаторное лечение был получен положительный ПЦР тест на COVID-19 и по данным МСКТ грудной клетки диагностирована пневмония 2%. Со слов пациента, в течение 2 суток после первичного дренирующего вмешательства суточное отделяемое по дренажу составляло около 1,5 л желчи. В течение последних 5 суток по холангистомическому дренажу отделяемое прекратило поступать, по дренажу из полости абсцесса составляло 80–100 мл в сутки. В связи с нарастанием

слабости и одышки пациент был госпитализирован по инфекционному профилю.

Состояние при поступлении расценено как тяжелое: билирубин общий составил 324 ммоль/л, СРБ 427 мг/л, лейкоциты 32×10^9 /л, ПКТ 33,31 нг/мл. Выполнена МСКТ брюшной полости с контрастом: КТ — картина объемного образования в области ворот печени, с большей вероятностью соответствует холангиокарциноме IIIa типа (по классификации Bismuth — Corlett), с интрадуктальным ростом и опухолевым поражением обоих печеночных протоков, осложненное билиарной гипертензией, инвазией правой печеночной артерии, тромбозом сегментарной вены S5 правой доли печени, с гипоперфузией правой доли печени. Холангиогенный абсцесс печени на фоне инвазии протоков правой доли печени. Гепатоспленомегалия. Портальная гипертензия. КТ — признаки подозрительные на канцероматоз брюшины (Рис. 1).

По данным фистулографии имело место неадекватное функционирование холангистомического дренажа: контра-

* e-mail: yakowlevadiana@yandex.ru



Рис. 1. МСКТ печени. А — состояние после ЧЧНВДХ. Образование ворот печени (красная стрелка) инфильтрирует бифуркацию с разобщением долевых желчных протоков и развитием билиарной гипертензии в обеих долях печени (стрелка); Б — инвазия образованием правой печеночной артерии (стрелка); В — гипоперфузия правой доли печени (стрелка), обусловленная инвазией образованием правой печеночной артерии.

стировался минимально просвет желчного пузыря, ОПП и ОЖП, следы контраста во внутрипеченочных желчных протоках правой доли печени (Рис. 2 А). За счет присоединения бактериальной флоры на фоне не функционирующего дренажа развился гнойный холангит и как следствие obturation холангиостомического дренажа (Рис. 2 Б).

В связи с неадекватным желчеотведением принято решение о переустановке холангиостомического дренажа. При замене ЧЧХ-дренажа левой доли печени выполнена реканализация зоны стриктуры левого долевого протока, а также диагностировано разобщение долевых желчных протоков правой и левой доли

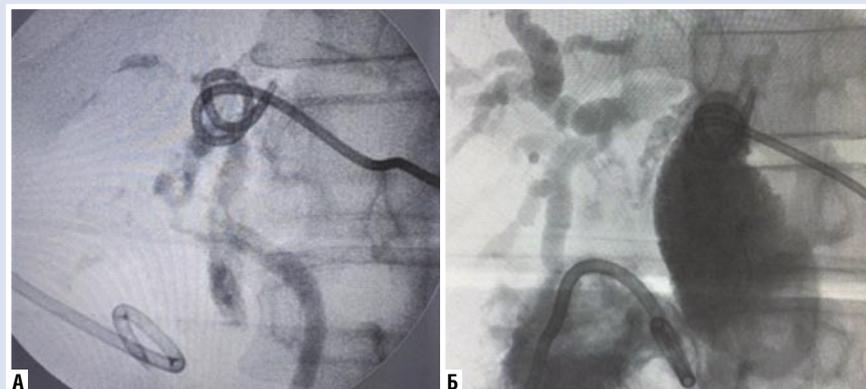


Рис. 2. А — холангиограмма при поступлении; Б — холангиограмма первичного дренирования (из архива другого стационара). Черная стрелка указывает на желчный пузырь, белая — на дренаж в полости абсцесса правой доли печени.



Рис. 3. Этапы двустороннего супрапиллярного ЧЧНВДХ. А — холангиограмма этапа реканализации зоны стриктуры левого долевого протока, установлена наружно-внутренняя холангиостома (стрелка указывает на сгустки внутри желчных протоков правой доли печени); Б — холангиограмма двустороннего холангиодренирования после санации билиарного дерева (стрелки указывают на установленные дренажи); В — содержимое желчных протоков.

печени, что потребовало выполнения дополнительного дренирования правой доли печени. Пациенту выполнено супрапиллярное чрескожное чреспеченочное наружно-внутреннее холангиодренирование (ЧЧНВДХ) обеих долей печени (Рис. 3).

Несмотря на адекватное холангиодренирование, у пациента прогрессировали явления холангиогенного сепсиса и пневмонии на фоне COVID-19. Больной скончался на 3-и сутки послеоперационного периода. Посмертный диагноз: 1. Коронавирусная инфекция COVID-19 (ПЦР «+» от 21.10.21 г.), средней степени тяжести. Внебольничная двусторонняя пневмония. КТ-1. ДН I ст. 2. ЗНО Кладкина (Bismuth IIIa) сТ3NхM1 (PER). Абсцесс правой доли печени. Состояние после чрескожного чреспеченочного дренирования абсцесса и ЧЧНВД левой доли от 19.10.21 г. Осложнения: механическая желтуха. Obturation холангиостомического дренажа левой доли. Гнойный холангит. Холангиогенный сепсис. Печеночно-почечная недостаточность, тяжелой степени тяжести.

При аутопсии макроскопически диагностирован рак желчного пузыря, гнойный холангит (Рис. 4). По результатам бактериологического исследования идентифицированы: *Candida* (+), *Enterobacter amnigenus* 1 (+++), *Pseudomonas putida* 10^{^8}, *Staphylococcus aureus* 10^{^6}.

По данным микроскопического исследования аутопсийного материала у пациента диагностированы множественные паразитарные кисты с хитиновыми оболочками, выраженным перифокальным воспалением различных сроков давности, некрозы ткани печени, абсцессы, гнойный холангит (Рис. 5). Патологоанатомический диагноз: альвеококкоз печени со сформированным абсцессом в правой доле. Конкурирующее заболевание — новая коронавирусная инфекция (COVID-19), вирус идентифицирован (результат прижизненной ПЦР+ от 21.10.21). Двусторонняя тотальная вирусная пневмония. Осложнения основного заболевания: сепсис, септикемия. Непосредственная причина смерти — сепсис.

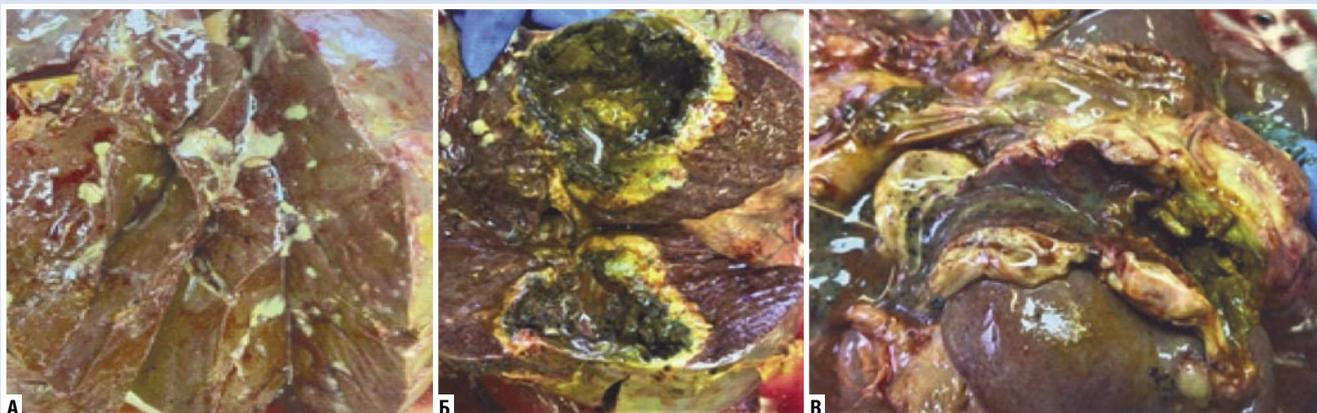


Рис. 4. Аутопсийный материал. А — стрелки указывают на гной во внутривенных желчных протоках; Б — полость хронического абсцесса печени; В — просвет желчного пузыря.

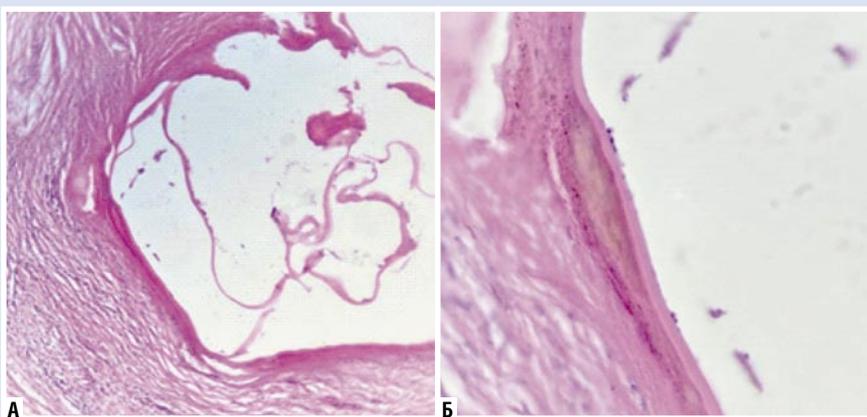


Рис. 5. Микропрепарат правой доли печени. А — киста альвеококка, стрелка указывает на хитиновую оболочку, лимфогистиоцитарный инфильтрат по периферии (окраска гематоксилин-эозин, увеличение $\times 100$); Б — тот же микропрепарат увеличение $\times 200$, стрелка указывает на хитин в стенке кисты.

Заключение

Несмотря на широкое внедрение и применение современных методов диагностики, таких как МСКТ с контрастным усилением, установление прижизненного диагноза альвеококкоза печени в данном случае не представлялось возможным в связи со стертой клинической картиной, наличием конкурирующего заболевания COVID-19, которая утяжеляла течение основного заболевания, и краткосрочностью пребывания пациента в стационаре. В данном конкретном случае, основываясь на не правильной интерпретации КТ-картины, альвеококкоз заподозрен не был. Наличие абсцесса в правой доле печени со сформированной капсулой, что свидетельствовало о длительном течении инфекционного процесса, и не характерное для холангита на фоне обструкции желчных

путей «хлопьевидное» обильное гнойное отделяемое по дренажам могло быть основанием для подозрения на паразитарную этиологию заболевания. В связи с миграцией населения в крупные мегаполисы, необходимо помнить о все более часто встречающейся проблеме паразитарного поражения в хирургии печени.

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

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Зайцев И.С. Показания к повторным операциям при альвеококкозе печени // Сибирский медицинский журнал. — 2013. — Т.123. — №8. — С.110-112. [Zaytsev I.S. Indications for reoperation with liver alveococcosis. Siberian State Medical University. 2013; 123(8): 110-112. (In Russ).]

2. Бебезов Б.Х., Бебезов Х.С., Уметалиев Т.М., Мамашев Н.Д., Белекбаев Т.М., Суворов Э.А., Эсенкулов Ч.Т., Рысбеков Б.З. Тактика хирургического лечения альвеококкоза печени // Анналы хирургической гепатологии. — 2019. — №24(3). — С.124-131. [Bebezov BK, Bebezov KS, Umetaliev TM, Mamashev ND, Belekbaev TM, Surov EA, Esengulov CT, Ryspekov BZ. Surgical treatment of liver alveococcosis. Annaly khirurgicheskoy gepatologii. 2019; 24(3): 124-131. (In Russ).] doi: 10.16931/1995-5464.20193124-131.

3. Мерзликин Н.В., Альперович Б.И., Цхай В.Ф., Бражникова Н.А., Навасардян В.Г., Зайцев В.Г. Хирургическое лечение альвеококкоза, осложненного механической желтухой // Анналы хирургической гепатологии. — 2016. — №21(4). — С.9-15. [Merzlikin NV, Alperovich BI, Tskhai VF, Brazhnikova NA, Navasardyan VG, Zaytsev IS. Surgical Treatment of Alveococcosis Complicated by Obstructive Jaundice. Annaly khirurgicheskoy gepatologii. 2016; 21(4): 9-15. (In Russ).] doi: 10.16931/1995-5464.201649-15.

4. Цхай В.Ф., Бражникова Н.А., Альперович Б.И. Паразитарные механические желтухи. — Томск: СибГМУ, 2013. — 230 с. [Tskhai VF, Brazhnikova NA, Al'perovich BI. Parazitarnyye mekhanicheskiye zheltukhi. Tomsk: SibGMU, 2013. 230 s. (In Russ).]

5. Torgerson PR, DeVelesschauwer B, Praet N, Speybroeck N, Willingham AL, Kasuga F, Rokni MB, Zhou XN, Fèvre EM, Sripa B, Gargouri N, Fürst T, Budke CM, Carabin H, Kirk MD, Angulo FJ, Havelaar A, de Silva N. World Health Organization estimates of the global and regional disease burden of 11 foodborne parasitic diseases, 2010: a data synthesis. PLoS Med. 2015; 12(12): e1001920. doi: 10.1371/journal.pmed.1001920.

6. Шабунин А.В., Лебедев С.С., Коваленко Ю.А., Карпов А.А. Современное состояние проблемы хирургического лечения эхинококкоза печени // Анналы хирургической гепатологии. — 2021. — №26(4). — С.87-96. [Shabunin AV, Lebedev SS, Kovalenko JA, Karpov AA. Current status of the surgical treatment of liver echinococcosis. Annaly khirurgicheskoy gepatologii. 2021; 26(4): 87-96. (In Russ).] doi: 10.16931/1995-5464.2021-4-87-96.