

**Клиническое наблюдение**

DOI: 10.16931/1995-5464.20162105-108

**Редкое сочетание эхинококкоза и альвеококкоза печени**

Мерзликин Н.В.<sup>1</sup>, Марьина М.Е.<sup>2</sup>, Ерендеева Л.Э.<sup>2</sup>, Хвалебо Ю.В.<sup>2</sup>,  
Петров Л.Ю.<sup>2</sup>, Пак В.Н.<sup>2</sup>, Толкаева М.В.<sup>2</sup>, Бушланов П.С.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> ГБОУ ВПО “Сибирский государственный медицинский университет” МЗ РФ, 634050, г. Томск, Московский тракт, д. 2, Российская Федерация

<sup>2</sup> ГБОУ ОГАУЗ “Городская клиническая больница №3”; 634045, г. Томск, ул. Нахимова, д. 3, Российская Федерация

Эхинококкоз и альвеококкоз являются тяжелыми паразитарными заболеваниями. Единственным способом радикального лечения является раннее хирургическое вмешательство. Описано редкое клиническое наблюдение сочетанного эхинококкоза и альвеококкоза печени. Приведены сведения из литературы, описано комплексное обследование, оперативное лечение пациента, морфологическое исследование.

**Ключевые слова:** печень, альвеококкоз, эхинококкоз, криодеструкция, резекция печени.

**Rare Combination of Liver Alveococcosis and Echinococcosis**

Merzlikin N.V.<sup>1</sup>, Mar'ina M.E.<sup>2</sup>, Erendeeva L.E.<sup>2</sup>, Khvalebo Yu.V.<sup>2</sup>,  
Petrov L.Yu.<sup>2</sup>, Pak V.N.<sup>2</sup>, Tolkaeva M.V.<sup>2</sup>, Bushlanov P.S.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Siberian State Medical University; 2, Moscow path, Tomsk, 634050, Russian Federation

<sup>2</sup> City Clinical Hospital №3; 3, Nakhimova str., Tomsk, 634045, Russian Federation

Echinococcosis and alveococcosis are severe parasitic diseases. Only early surgical intervention is radical method of treatment. Rare clinical observation of liver echinococcosis combined with alveococcosis is described in the article. Literature data, comprehensive survey, surgical treatment and morphological analysis are presented.

**Key words:** liver, alveococcosis, echinococcosis, cryodestruction, liver resection.

**Мерзликин Николай Васильевич** – доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней педиатрического факультета СибГМУ. **Марьина Марина Евгеньевна** – канд. мед. наук, заведующая хирургическим отделением ОГАУЗ “Городская клиническая больница №3”, г. Томск. **Ерендеева Лариса Эдуардовна** – заведующая отделением общей патологии №3, г. Томск, патологоанатом, ГБОУ ОГАУЗ “Городская клиническая больница №3”, г. Томск. **Хвалебо Юлия Владимировна** – патологоанатом отделения общей патологии №3, г. Томск, ГБОУ ОГАУЗ “Городская клиническая больница №3”, г. Томск. **Петров Лев Юрьевич** – канд. мед. наук, врач хирургического отделения ОГАУЗ “Городская клиническая больница №3”, г. Томск. **Пак Владимир Николаевич** – заведующий отделением реанимации и анестезиологии ОГАУЗ “Городская клиническая больница №3”, г. Томск. **Толкаева Марина Валентиновна** – канд. мед. наук, врач отделения ультразвуковой диагностики ОГАУЗ “Городская клиническая больница №3”, г. Томск. **Бушланов Павел Сергеевич** – аспирант кафедры хирургических болезней педиатрического факультета СибГМУ, врач хирургического отделения ОГАУЗ “Городская клиническая больница №3”, г. Томск.

**Для корреспонденции:** Мерзликин Николай Васильевич – 634061 Томск, ул. Тверская, д. 32, кв. 8, Российская Федерация. Тел.: 8-3822-42-13-38 (раб.); +7-960-969-99-40 (моб.). E-mail: nikolai\_merzlikin@mail.ru

**Merzlikin Nikolay Vasilyevich** – Doct. of Med. Sci., Professor, Head of the Chair of Surgical Diseases of Pediatric Faculty, Siberian State Medical University. **Mar'ina Marina Evgenyevna** – Cand. of Med. Sci., Head of the Surgical Department, City Clinical Hospital №3, Tomsk. **Erendeeva Larisa Eduardovna** – Head of the Department of General Pathology №3, Tomsk, Pathologist, City Clinical Hospital №3, Tomsk. **Khvalebo Yuliya Vladymyrovna** – Pathologist of the Department of General Pathology №3, City Clinical Hospital №3, Tomsk. **Petrov Lev Yurievich** – Cand. of Med. Sci., Physician of the Surgical Department of City Clinical Hospital №3, Tomsk. **Pak Vladimir Nikolaevich** – Head of the Department of Anesthesiology and Intensive Care of City Clinical Hospital №3, Tomsk. **Tolkaeva Marina Valentinovna** – Cand. of Med. Sci., Physician of the Ultrasonic Diagnostics Department of City Clinical Hospital №3, Tomsk. **Bushlanov Pavel Sergeevich** – Postgraduate, Department of Surgical Diseases of Pediatric Faculty, Siberian State Medical University, Physician of the Surgical Department of City Clinical Hospital №3, Tomsk.

**For correspondence:** Merzlikin Nikolay Vasilyevich – 32-8, Tverskaya str., Tomsk, 634061, Russian Federation. Phone: +7-3822-42-13-38; +7-960-969-99-40. E-mail: nikolai\_merzlikin@mail.ru



**Рис. 1.** Ультразвуковая сканограмма. Эхинококкоз и альвеококкоз печени. 1 — эхинококковая киста; 2 — зона поражения альвеококком.

Эхинококкоз и альвеококкоз являются тяжелыми паразитарными заболеваниями печени, приводящими к грозным осложнениям. В настоящее время единственным радикальным способом лечения этих заболеваний является раннее хирургическое вмешательство. При эхинококкозе наилучшие результаты лечения достигаются при выполнении перицистэктомии и резекций печени [1]. К сожалению, доля радикальных резекций печени при альвеококкозе по-прежнему остается малой ввиду скрытого течения заболевания и развития осложнений и по данным литературы составляет 15–25% [2]. В связи с этим наиболее часто осуществляют паллиативные вмешательства, включая резекцию печени с последующей криодеструкцией оставленных паразитарных элементов на крупных сосудах органа [3].

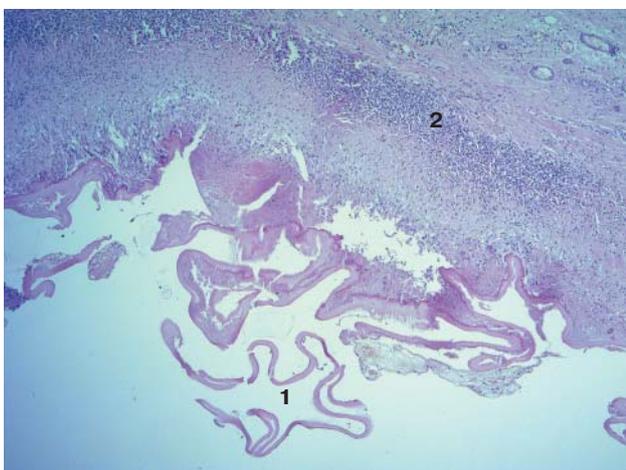
В гепатологическом центре города Томска, расположенном на базе хирургического отделения ГКБ №3, за последние 20 лет выполнено более 500 операций при паразитарных поражениях печени. Анализируя собственный многолетний опыт, а также данные литературы, наблюдений одновременного существования двух паразитов у одного больного — эхинококка и альвеококка — не выявили. Приводим клиническое наблюдение.

Пациент 59 лет из Красноярска госпитализирован 28.10.2015 с жалобами на боль в правой поясничной области, чувство тяжести в правом подреберье. В сентябре 2015 г. проходил обследование в Красноярске, при УЗИ брюшной полости впервые выявлен осложненный альвеококкоз печени с поражением кавадных и портальных ворот. Был направлен в Гепатологический центр г. Томска для дальнейшего лечения. При госпитализации состояние удовлетворительное, температура тела 36,6 °С. Кожный покров обычной окраски. Отеков нет. ЧДД 16 в минуту, АД 120 и 90 мм рт. ст., ЧСС 82 в минуту. При обследовании по систе-

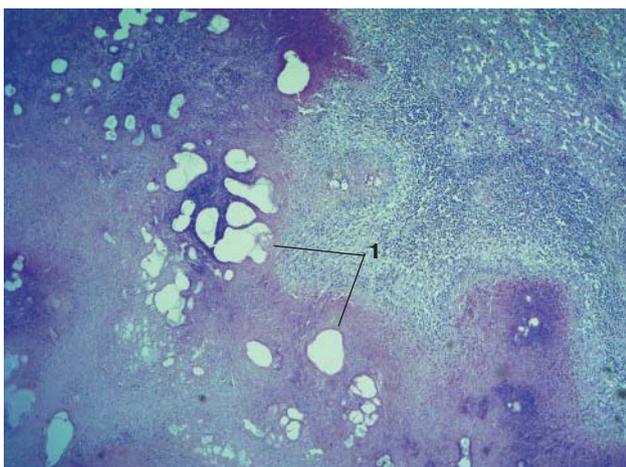
мам органов патологических изменений не выявлено. Живот равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень увеличена, край плотный, умеренно болезненный, выступает из-под реберной дуги на 3–4 см. Желчный пузырь не пальпируется. Признаков мышечного напряжения нет, симптом раздражения брюшины отрицательный. Перкуторно свободной жидкости в брюшной полости нет, пульсация брюшного отдела аорты сохранена, отчетливая, симптом Орнера отрицательный. В общем анализе крови: эритроциты —  $4,12 \cdot 10^{12}/л$ , гемоглобин — 124 г/л, тромбоциты —  $235 \cdot 10^9/л$ , цветной показатель — 0,89, лейкоциты —  $6,9 \cdot 10^9/л$ , эозинофилы — 1%, палочкоядерные — 1%, сегментоядерные — 72%, лимфоциты — 21%, моноциты — 5%, СОЭ — 23 мм/ч. В общем анализе мочи — без патологических изменений. Глюкоза — 5,5 ммоль/л; белок — 76,5 г/л; билирубин — 22 мкмоль/л (прямой билирубин — 2,4 мкмоль/л); АсАТ — 37 Ед/л; АлАТ — 40 Ед/л; мочевины — 6,0 ммоль/л; креатинин — 0,114 ммоль/л; фибриноген — 4,14 г/л, ПТИ — 109%, АЧТВ — 31,8 с. КТ с контрастным усилением выполнена в г. Красноярске, отмечено поражение альвеококком IV, V, VII, VIII сегментов печени. Эхинококковая киста в V сегменте печени не диагностирована. Выполнено УЗИ (рис. 1). Печень выступает из-под края реберной дуги по средней ключичной линии справа на 30 мм, увеличена, поверхность ровная. Структура паренхимы левой доли однородная, средней эхогенности. Структура правой доли диффузно-неоднородная. Все центральные отделы IV сегмента печени ( $S_{IV}$ ), часть V и VIII сегментов печени ( $S_V$ ,  $S_{VIII}$ ) занимает очаговое образование до 150 мм, с неровными контурами, неоднородное, повышенной эхогенности, местами по периферии с мелкими жидкостными включениями и микрокальцинатами. Образование вплотную прилежит к портальным и кавальным воротам. Средняя печеночная вена значительно оттеснена, проходит практически рядом с левой веной. Отдельно от описанного образования в  $S_V$  жидкостное образование  $53 \times 30$  мм, с внутренними перегородками. Воротная вена до 13 мм, основной ствол прослеживается. Внутрипеченочные желчные протоки не расширены. Общий желчный проток не дифференцируется. Желчный пузырь деформирован,  $47 \times 17$  мм, стенка 3–4 мм, конкрементов нет. При исследовании поджелудочной железы, селезенки, почек выраженных изменений не выявлено. В брюшной полости свободная жидкость отсутствует. При рентгенографии легких и ЭГДС патологических изменений также не выявлено. После предоперационной подготовки пациент оперирован. Под эндотрахеальным наркозом выполнена лапаротомия доступом Мерзликина–Парамоновой (патент №2433791). При ревизии в печени обширное поражение альвеококком IV, V, VII, VIII сегментов с выходом на диафрагмальную поверхность. Паразитарная ткань прорастает кавадные и портальные ворота. В V сегменте округлое белесоватое кистозное образование до



**Рис. 2.** Интраоперационное фото. Эхинококкоз и альвеококкоз печени. 1 – эхинококковая киста, 2 – зона поражения альвеококком.



**Рис. 3.** Микрофото. Эхинококкоз печени. 1 – хитиновая оболочка, 2 – фиброзная стенка. Окраска гематоксилином и эозином.  $\times 100$ .



**Рис. 4.** Микрофото. Альвеококкоз печени. 1 – пузырьки альвеококка. Окраска гематоксилином и эозином.  $\times 100$ .

6 см – эхинококковая киста (рис. 2). Желчный пузырь не изменен, опорожняется. При пункции кисты в V сегменте печени получена жидкость с оболочками и гноевидным содержимым – нагноение эхинококковой кисты. Интраоперационный диагноз: альвеококкоз с поражением IV, V, VII, VIII сегментов печени, прорастанием портальных и кавальных ворот; эхинококкоз: нагноившаяся эхинококковая киста V сегмента печени. Выполнена перицистэктомия с обработкой остаточной полости 87% раствором глицерина и криодеструкцией. Учитывая повышенную кровоточивость паренхимы после перицистэктомии, в остаточную полость установлена пластина Тахокомб. Выполнена паллиативная резекция IV–VIII сегментов печени с частичным (парциальным) удалением альвеококка, полости распада нет. Криодеструкция паразитарной ткани по линии резекции. К печени и под диафрагму справа через контрапертуры установлены две дренажные трубки. Ушивание лапаротомной раны. Выполнено морфологическое исследование. Фрагменты эхинококковой кисты (рис. 3) представлены бесструктурной гиалиново-фиброзной массой (хитиновой оболочкой) с воспалением по периферии. Фрагмент печеночной ткани с массами альвеококка с крупными и мелкими пузырьками и гиалиновой оболочкой по периферии с хроническим продуктивным воспалением (рис. 4). В послеоперационном периоде проводили интенсивную терапию, включая гормонотерапию (преднизолон 90 мг 3 раза в сутки с последующим постепенным уменьшением дозы), антибиотикотерапию, гемостатическую терапию, трансфузию 2 доз эритроцитарной массы и свежезамороженной плазмы, применяли гепатопротекторы. Послеоперационный период осложнился правосторонним экссудативным плевритом – устранен плевральной пункцией. Дренажи удалены после контрольного УЗИ. Заживление раны первичным натяжением. Выписан 26.11.2015 в удовлетворительном состоянии, назначен альбендазол.

Представленное клиническое наблюдение демонстрирует возможность одновременного существования у одного больного двух паразитов – эхинококка и альвеококка, что ранее не было описано в специализированной литературе, а также возможность с помощью УЗИ в специализированном гепатологическом центре диагностировать два разных паразитарных заболевания.

#### ● Список литературы

1. Вишневский В.А., Ефанов М.Г., Икрамов Р.З. Радикальная операция при первичном и резидуальном эхинококкозе печени. *Анналы хирургической гепатологии*. 2011; 16 (4): 25–33.
2. Журавлев В.А. Актуальные, спорные и нерешенные вопросы хирургии печени. Киров, 2008. 277 с.
3. Мерзликин Н.В., Альперович Б.И., Бражникова Н.А., Цхай В.Ф., Сотников А.А., Комкова Т.Б., Авдеев С.В.,

Понтер В.Э., Марьина М.Е., Ярошкина Т.Н., Толкаева М.В., Клиновицкий И.Ю. Руководство по хирургии очаговых паразитарных заболеваний печени; под ред. Н.В. Мерзликина. Томск: Печатная мануфактура, 2014. 468 с.

## ● References

1. Vishnevskiy V.A., Efanov M.G., Ikramov R.Z. Radical surgery for primary and residual liver echinococcosis. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii*. 2011; 16 (4): 25–33. (In Russian)
2. Zhuravlev V.A. *Aktual'nye, spornye i nereshennye voprosy khirurgii pecheni* [Actual, controversial and unresolved questions of liver surgery]. Kirov, 2008. 277 p. (In Russian)
3. Merzlikin N.V., Al'perovich B.I., Brazhnikova N.A., Tskhaj V.F., Sotnikov A.A., Komkova T.B., Avdeev S.V., Gjunter V.E., Mar'ina M.E., Yaroshkina T.N., Tolkaeva M.V., Klinovitskij I.Yu. *Rukovodstvo po khirurgii ochagovyh parazitarnyh zabolevanij pecheni* [Guidelines for surgery of focal parasitic liver diseases]; ed. N.V. Merzlikin. Tomsk: Print Manufactory, 2014. 468 p. (In Russian)

Статья поступила в редакцию журнала 12.01.2016.

Received 12 January 2016.