

Рефераты иностранных журналов / Abstracts

ISSN 1995-5464 (Print); ISSN 2408-9524 (Online)

DOI: 10.16931/1995-5464.20184131-135

Рефераты иностранных журналов

Ахаладзе Г.Г., Ахаладзе Д.Г.

Abstracts of Current Foreign Publications

Akhaldze G.G., Akhaldze D.G.

World J. Gastrointest. Surg. 2018 Jan 27; 10 (1): 1–5.

Published online 2018 Jan 27.

doi: 10.4240/wjgs.v10.i1.1

Associating liver partition and portal vein ligation for staged hepatectomy for extensive alveolar echinococcosis: first case report in the literature**Резекционная методика ALPPS при распространенном альвеококкозе печени: первое сообщение в литературе**

Akbulut S., Cicek E., Kolu M., Sahin T.T., Yilmaz S.

Альвеококкоз, возбудителем которого является *Echinococcus multilocularis*, относится к природно-очаговым гельминтозам и поражает преимущественно печень. От гидатидозного эхинококкоза его отличает инвазивный рост. При лечении альвеококкоза печени методом выбора является комбинация противогельминтной терапии с радикальной резекцией. Однако выполнение обширной R0-резекции может повлечь ряд серьезных осложнений, в том числе развитие печеночной недостаточности.

У 28-летнего пациента применена методика ALPPS (Associating Liver Partition and Portal Vein Ligation for Staged Hepatectomy), представляющая собой сочетание окклюзии воротной вены с разделением ткани печени и последующей резекцией, впервые предложенная А. Schnitzbauer и соавт. (2012). Нам не встретилось публикаций об использовании методики ALPPS при поражении печени альвеококкозом. Цель работы — продемонстрировать эффективность ALPPS для достижения “чистого” резекционного края и обеспечения профилактики рецидива. Подобное вмешательство следует выполнять в хорошо оснащенных центрах, обладающих опытом трансплантации и обширных резекций печени.

Am. J. Transplant. 2018 Jul; 18 (7): 1668–1679.

doi: 10.1111/ajt.14621. Epub 2018 Jan 21.

Novel techniques and preliminary results of ex vivo liver resection and autotransplantation for end-stage hepatic alveolar echinococcosis: a study of 31 cases**Новая техника и предварительные результаты резекции печени ex vivo с аутотрансплантацией при распространенном альвеококкозе: анализ 31 наблюдения**

Yang X., Qiu Y., Huang B., Wang W., Shen S., Feng X., Wei Y., Lei J., Zhao J., Li B., Wen T., Yan L.

Резекция печени *ex vivo* с аутотрансплантацией в лечении распространенного альвеококкоза печени предложена недавно в качестве альтернативной методики, когда традиционная резекция неосуществима ввиду инвазии паразита в сосуды печени и соседние органы. Цель исследования — оценить технические возможности подобного вмешательства и сформулировать показания к его выполнению. Проанализированы результаты лечения 31 пациента. Интраоперационной летальности удалось избежать. Средняя масса аутотрансплантированной печени составила 636 г (360–1300 г), средняя продолжительность операции — 12,5 ч (9,4–19,5 ч), время беспеченочного периода — 309 мин (180–460 мин), интраоперационная кровопотеря — 1800 мл (1200–6000 мл). Послеоперационные осложнения отмечены у 13 пациентов, из числа которых у 5 они отнесены к классу III и выше по классификации Clavien–Dindo, 2 пациента умерли в результате внутрибрюшного кровотечения и нарушения мозгового кровообращения. Отдаленные результаты прослежены у 29 больных

в сроки 3–42 мес (14,0 мес), рецидива не установлено. Описанная методика позволяет избежать трансплантации печени и проведения иммуносупрессии, а успех операции зависит от тщательной предоперационной оценки и прецизионной хирургической техники.

Medicine (Baltimore). 2017 Sep; 96 (38): e8097.

Published online 2017 Sep 22.

doi: 10.1097/MD.00000000000008097

Combined resection of the right liver lobe and retrohepatic inferior vena cava to treat hepatic alveolar echinococcosis. A case report

Резекция правой доли печени с участком нижней полой вены по поводу альвеококкоза. Клиническое наблюдение

Du L., Zhang L.-Q., Hou L.-Z., Ren L., Wang H.-J., Guo X.-J., Fan H.

Альвеококкоз печени (АП) является заболеванием, вызываемым возбудителем *Echinococcus multilocularis*, и характеризуется тяжелым хроническим течением зачастую с неблагоприятным прогнозом. По клиническим проявлениям АП сравнивают со злокачественной опухолью и даже называют “паразитарным раком”. Ведущим методом лечения является хирургический — резекция печени.

Под наблюдением находился пациент 41 года, житель Тибета, у которого установлен АП с поражением правой доли печени и инвазией в позадипеченочный отдел нижней полой вены (ППНПВ).

Основанием для этого послужили клинические проявления, результаты УЗИ, КТ с трехмерной реконструкцией, данные серологических тестов и хирургической ревизии брюшной полости, а также результаты патоморфологического исследования. Выполнена правосторонняя гемигепатэктомия, дополненная резекцией ППНПВ. Послеоперационный период протекал без тяжелых осложнений. Сделано заключение, что при значительной паразитарной инвазии ППНПВ ее резекцию допустимо не завершать протезированием.

BMC Surg. 2017; 17: 5.

Published online 2017 Jan 13.

doi: 10.1186/s12893-017-0205-2

Good outcome following liver transplantation using pericardial-peritoneum window for hepato-atrial anastomosis to overcome advanced hepatic alveolar echinococcosis and secondary Budd–Chiari syndrome — a case report

Успешный исход трансплантации печени при местнораспространенном альвеококкозе печени с использованием перикардально-перитонеального окна при формировании

гепато-атриального анастомоза для преодоления вторичного синдрома Бадда–Киари. Клиническое наблюдение

Kobryń K., Paluszkievicz R., Dudek K., Ołdakowska-Jedynak U., Korba M., Raszeja-Wyszomirska J., Remiszewski P., Grąt M., Milkiewicz P., Patkowski W., Krawczyk M.

Представлен опыт успешной трансплантации печени 57-летней пациентке с распространенным альвеококкозом печени, вызвавшим вторичный синдром Бадда–Киари в результате инфильтрации надпеченочного отдела нижней полой вены.

Несмотря на установленный временный вено-венозный шунт, не представилось возможным сформировать типичный кава-кавальный анастомоз. Поэтому для достижения радикальности вмешательства в диафрагме выкроено овальное окно, объединившее брюшную полость с перикардом, и после наложения сосудистого зажима на правое предсердие сформирован атрио-кавальный анастомоз. Послеоперационных осложнений в раннем послеоперационном периоде, а также в течение 18 мес не отмечено, функция трансплантата при этом оставалась удовлетворительной.

Формирование гепато-атриального анастомоза через перикардально-перитонеальное окно при трансплантации печени возможно и позволяет повысить радикальность операции у пациентов с местнораспространенным альвеококкозом печени.

World J. Gastroenterol. 2015 Sep 21; 21 (35):

10200–10207.

Published online 2015 Sep 21.

doi: 10.3748/wjg.v21.i35.10200

Application of 3D reconstruction for surgical treatment of hepatic alveolar echinococcosis

Использование трехмерной (3D) реконструкции при хирургическом лечении альвеококкоза печени

He Y.B., Bai L., Aji T., Jiang Y., Zhao J.M., Zhang J.H., Shao Y.M., Liu W.Y., Wen H.

Цель исследования — оценить диагностические возможности и точность трехмерной (3D) реконструкции при планировании резекции печени у пациентов с альвеококкозом печени (АП).

С мая 2011 г. по январь 2015 г. у 106 пациентов произведена резекция печени. У 59 пациентов (группа А) до операции выполнена 3D-реконструкция и “виртуальная” 3D-резекция печени, еще у 47 больных (группа В) использованы традиционные методы визуализации.

Дооперационные данные в обеих группах не отличались. У пациентов группы А отмечена достоверно меньшая продолжительность операции ($227,1 \pm 51,4$ против $304,6 \pm 88,1$ мин; $p < 0,05$),

меньшая кровопотеря ($308,1 \pm 135,4$ против $458,1 \pm 175,4$ мл; $p < 0,05$), меньшая потребность в гемотрансфузии ($186,4 \pm 169,6$ против $289,4 \pm 199,2$ мл; $p < 0,05$). В обеих группах объем резецированной паренхимы печени коррелировал с фактической массой ее резецированной части (в группе А: $r = 0,978$; в группе В: $r = 0,960$). Уровень альбумина в сыворотке крови был достоверно более высоким в группе А ($26,3 \pm 5,9$ против $22,6 \pm 4,3$ г/л, $p < 0,05$). Другие послеоперационные показатели (активность трансаминаз, уровень альбумина сыворотки, протромбиновое время) и продолжительность госпитализации были сходными. Послеоперационные осложнения в группах А и В наблюдали у 16 и 19 пациентов соответственно. Отдаленные результаты прослежены на протяжении 3–46 мес (в среднем 17,3 мес). Рецидивы в группе А не отмечены, в группе В — развились у двух больных. Умерли 3 пациента: 2 — вследствие острого нарушения мозгового кровообращения, 1 — в результате автокатастрофы.

В заключение следует отметить, что дооперационная 3D-реконструкция позволяет получить весьма точную информацию об анатомии печени, что способствует снижению хирургического риска при резекции печени по поводу АП.

BMJ Open Gastroenterol. 2015; 2 (1): e000036.

Published online 2015 Jul 16.

doi: 10.1136/bmjgast-2015-000036

Pitfalls in diagnosis and treatment of alveolar echinococcosis: a sentinel case series

Ошибки в диагностике и лечении альвеококкоза: на что следует обратить внимание, чтобы их избежать

Stojkovic M., Mickan C., Weber T.F., Junghanss T.

Альвеококкоз печени (АП) относится к природно-очаговым зоонозам. Для заболевания характерно опухолевидное поражение печени, рентгенологически представляющее собой гетерогенное образование, которое может быть ошибочно расценено как запущенный опухолевый процесс. При этом результаты серологического и гистологического исследований могут не обладать диагностической значимостью. Цель исследования — установить факторы, способствующие ошибочной диагностике и выбору неверной хирургической тактики у пациентов с АП.

Представлен ретроспективный анализ клинико-диагностического сопоставления результатов лечения больных с подтвержденным диагнозом АП.

С 1999 по 2014 г. под наблюдением находились 80 пациентов с АП. В 26 случаях из 80 лечебная программа была разработана на основании неверно установленного диагноза. Так, у 12 из 26 пациентов изначально диагностирован эхинококкоз

печени (ЭП), у 5 из 26 пациентов — холангиоцеллюлярный рак. Рентгенологическая картина у 61 пациента характеризовалась инфильтративным поражением печени, а у 19 больных представляла собой псевдокистозную структуру. Серологические данные позволили дифференцировать АП с ЭП лишь в 53 из 80 наблюдений. Гистологическое исследование подтвердило паразитарное поражение в 25 из 58 случаев, однако с такой же частотой (25 из 58) не позволило отличить ЭП от АП. Несмотря на наличие противопоказаний, у 8 из 25 пациентов, страдающих АП, предпринято хирургическое лечение, которое сопровождалось интраоперационным введением противогельминтных препаратов. У одного из 8 пациентов развился токсический холангит и печеночная недостаточность с летальным исходом через год после трансплантации.

Ошибки в диагностике приводят к критической задержке проведения медикаментозного и хирургического лечения больных с АП и увеличивают риск развития печеночной недостаточности.

Medicine (Baltimore). 2015 Feb; 94 (7): e514.

Published online 2015 Feb 20.

doi: 10.1097/MD.0000000000000514

Ex vivo liver resection followed by autotransplantation to a patient with advanced alveolar echinococcosis with a replacement of the retrohepatic inferior vena cava using autogenous vein grafting. A case report and literature review

Резекция печени *ex vivo* с последующей аутоотрансплантацией и замещением позадипеченочного отдела нижней полой вены аутовенозным трансплантатом пациенту с местнораспространенным альвеококкозом печени. Клиническое наблюдение и обзор литературы

Jianyong L., Jingcheng H., Wentao W.,

Lunan Y., Jichun Z., Bing H., Ding Y.

Monitoring editor: Banswal L.

Альвеококкоз печени (АП) является редкой болезнью. В случаях обширного распространения возможна инвазия в нижнюю полую вену (НПВ). Принимая во внимание дефицит донорских органов и недостатки иммуносупрессии, резекция печени *ex vivo* с ее аутоотрансплантацией и протезирование НПВ могут стать оптимальным хирургическим пособием.

Пациенту с местнораспространенным АП выполнена резекция печени *ex vivo* с последующей ее аутоотрансплантацией и замещением позадипеченочного отдела НПВ аутовенозным трансплантатом. Для формирования кондуита использованы две большие подкожные вены, часть позадипеченочного отдела НПВ, непораженная

срединная вена печени, нижняя брыжеечная вена и часть боковой стенки подпеченочного отдела НПВ. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациент не получал иммуносупрессивную терапию, и в течение 12 мес у него не отмечено признаков рецидива.

Заключение. Резекция печени *ex vivo* с ауто-трансплантацией и замещением позадипеченочного отдела НПВ аутовенозным трансплантатом является эффективным хирургическим вмешательством при местнораспространенном АП.

Int. J. Surg. Case Rep. 2014; 5 (3): 169–171.

Published online 2014 Jan 11.

doi: 10.1016/j.ijscr.2014.01.003

Living donor liver transplantation with replacement of vena cava for Echinococcus alveolaris: a case report

Трансплантация печени от живого донора с протезированием нижней полой вены при альвеококкозе: клиническое наблюдение

Mamedov R., Novruzov N., Baskiran A., Yetisir F., Unal B., Aydın C., Bayramov N., Kayaalp C., Yilmaz S.

Эффективное медикаментозное лечение альвеококкоза печени (АП) до сих пор отсутствует. Радикальная резекция печени является оптимальной хирургической процедурой, но она не обеспечивает достижения результата при распространенном поражении. Операцией выбора в таких случаях становится трансплантация печени. У некоторых пациентов АП распространяется за пределы органа, поражая окружающие ткани, чаще — нижнюю полую вену (НПВ). Несмотря на то что родственная трансплантация печени технически сложна, а также в связи с недостаточным развитием посмертного донорства, она может рассматриваться как операция выбора у пациентов с распространенным АП.

Представлено клиническое наблюдение АП, вызвавшего портальную гипертензию и синдром холестаза. АП распространился на окружающие ткани: правый купол диафрагмы, обе доли печени и позадипеченочный отдел НПВ. Выполнена гепатэктомия, резекция НПВ и протезирование замороженным венозным трансплантатом, затем произведена родственная трансплантация печени.

Радикальная хирургическая операция является методом выбора у операбельных пациентов с местнораспространенным АП. Обширное распространение АП, хроническая механическая желтуха, абсцессы печени, сепсис, повторные приступы холангита, портальная гипертензия и синдром Бадда–Киари могут послужить показаниями к трансплантации печени. Паразитарная инвазия с вовлечением позадипеченочного отдела НПВ требует выполнения ее резекции с последующим протезированием, для которого сле-

дует использовать сосудистый протез, трупную аорту или НПВ.

Заключение. Несмотря на то что трансплантация печени от живого донора с протезированием НПВ является очень сложной операцией, ее нужно рассматривать как метод выбора при лечении местнораспространенного АП с инвазией в НПВ, так как возможность трупной трансплантации ограничена дефицитом органов.

Ann. Hepatobiliary Pancreat. Surg. 2018 Aug;

22 (3): 208–215.

doi: 10.14701/ahbps.2018.22.3.208.

Epub 2018 Aug 31

Surgical approaches to hepatic hydatidosis ranging from partial cystectomy to liver transplantation

Хирургические вмешательства при эхинококкозе печени: от частичной цистэктомии до трансплантации печени

Goja S., Saha S.K., Yadav S.K.,

Tiwari A., Soin A.S.

При хирургическом лечении эхинококкоза печени применяются различные вмешательства. Выбор оптимального хирургического пособия базируется в первую очередь на снижении риска осложнений и предотвращении рецидива.

Проанализирована база данных пациентов с эхинококкозом печени, подвергшихся различным операциям в 2010–16 гг.

У 21 пациента установлен эхинококкоз печени (ЭП) и у 4 — альвеококкоз (АП). У 9 больных паразитарное поражение имело характер рецидивного. Среди пациентов с ЭП у 5 из них применили частичную перицистэктомию (лапароскопически — 2 и открытым трансабдоминальным доступом — 3), у 9 — тотальную цистоперицистэктомию (открытую — 7 и роботическую — 2). Еще у 7 больных предпринята резекция печени (центральная — 1, правосторонняя — 4, левосторонняя — 1 и расширенная правосторонняя гемигепатэктомия — 1). Трансплантация печени от живого донора выполнена трем пациентам с местнораспространенным АП. Четвертый пациент перенес расширенную правостороннюю гемигепатэктомию с резекцией печеночного угла ободочной кишки и правого купола диафрагмы. У 7 наблюдались осложнения II класса и у 3 — III класса по классификации Clavien–Dindo. Продолжительность наблюдения за больными с ЭП составила в среднем $34,19 \pm 19,75$ мес. Рецидив отмечен у одного пациента через 14 мес после лапароскопической частичной перицистэктомии. У больных с АП наблюдение на протяжении $34 \pm 4,58$ мес после трансплантации рецидива не выявило. Также не наблюдали рецидива после мультिवисцеральной резекции в течение 24 мес.

Закключение. Все примененные виды хирургических вмешательств, включая как минимально инвазивные, так и открытые трансабдоминальные, в том числе расширенные резекции печени, являются возможными хирургическими пособиями при паразитарных поражениях печени. Они отвечают потребностям эффективности и безопасности и обеспечивают длительную безрецидивную выживаемость при ЭП и АП.

Pediatr. Blood Cancer. 2018 Feb; 65 (2).

doi: 10.1002/pbc.26820. Epub 2017 Sep 17

Extreme hepatic resections for the treatment of advanced hepatoblastoma: are planned close margins an acceptable approach?

Предельно обширные резекции печени в лечении распространенной гепатобластомы: допустим ли малый отступ от опухоли?

Fonseca A., Gupta A., Shaikh F., Ramphal R., Ng V., McGilvray I., Gerstle J.T.

У детей с нерезектабельной гепатобластомой (ГБ) ортотопическая трансплантация печени (ОТП) расценивается как оптимальное вмешательство. Однако ОТП не всегда доступна и выполняема.

Цель исследования — изучить результаты лечения детей с ГБ, изначально признанной нерезектабельной, которые перенесли сложные резекции печени с заранее запланированным малым отступом от опухоли, избежав таким образом ОТП.

Проанализированы демографические, хирургические, патологоанатомические данные, а также выживаемость пациентов с ГБ, получивших лечение в период с января 2010 г. по декабрь 2015 г.

У 6 пациентов, средний возраст которых составлял 12 мес (3–41), установлены следующие стадии опухолевого процесса по системе PRETEXT: III ($n = 2$), III/IV ($n = 1$) и IV ($n = 3$). Им проведено от 4 до 7 (в среднем 6) индукционных курсов химиотерапии платиносодержащими препаратами, 5 пациентов дополнительно получали доксорубицин. Резекция правой доли выполнена у 5 пациентов, левой — у одного. У двоих больных возникла необходимость в реконструкции нижней полой вены. Оперировал опытный детский хирург с включением в операционную бригаду в 4 наблюдениях хирурга-трансплантолога. Гистологически положительный край резекции установлен у 2, отрицательный, но близко к опухоли (2–5 мм) — у 4 больных. При медиане длительности наблюдения в 3,3 (1,7–4,6) года случаев доказанной локальной прогрессии не зарегистрировано. Спустя 3 мес после операции у одного пациента отмечена генерализация процесса в виде метастатического поражения легкого.

Закключение. У пациентов с местнораспространенной ГБ, перенесших сложные резекции печени с установлением положительного или близкого к опухоли края, получены удовлетворительные результаты без трансплантации печени. Предельно обширная резекция печени у пациента с запланированным гистологически положительным краем или малым отступом от опухоли служит альтернативой ОТП у детей, имеющих противопоказания к трансплантации. Подчеркнута важность участия мультидисциплинарной команды, специализирующейся на лечении опухолей печени.

Сведения об авторах [Authors info]

Ахаладзе Гурам Германович — доктор мед. наук, профессор, главный научный сотрудник научно-исследовательского отдела хирургии и хирургических технологий в онкологии ФГБУ «Российский научный центр рентгенодиагностики» МЗ РФ.

Ахаладзе Дмитрий Гурамович — канд. мед. наук, старший научный сотрудник отделения гепатопанкреатобилиарной хирургии ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ.

Для корреспонденции*: Ахаладзе Гурам Германович — 115446 Москва, Коломенский проезд, д. 4. Тел.: +7-499-782-30-83. E-mail: gur371ax@gmail.com

Guram G. Akhaladze — Doct. of Med. Sci., Professor, Chief Researcher of the Department of Surgery and Surgical Technologies in Oncology of the Russian Scientific Center of Rentgenoradiology.

Dmitry G. Akhaladze — Cand. of Med. Sci., Senior Researcher of the Hepatopancreatobiliary Surgery Department of Loginov Moscow Clinical Scientific Center of Moscow Healthcare Department.

For correspondence*: Guram G. Akhaladze— 4, Kolomenskiy proezd, Moscow, 115446, Russia. Phone: +7-449-782-30-83. E-mail: gur371ax@gmail.com