

Метастазирование в легкие при альвеолярном эхинококкозе печени

В.Л.Журавлев,
В.А.Янченко,
А.С.Порохненко
Кировский
зональный
центр хирургии
печени и
желчных путей
(Директор -
проф.
В.А.Журавлев)

В Кировском зональном центре хирургии печени и желчных путей МЗ РФ с 1961 по 1998 год проходили обследование и лечение 350 больных с альвеолярным эхинококкозом печени. Внепеченочная локализация альвеококкоза выявлена у 33% больных, среди которых было 5.7% с множественными метастазами. Источником метастазирования альвеококка наиболее часто являлась правая парамедианная и латеральная доли печени.

В соответствии с принятой в центре тактикой при локализации метастазов в правом легком и основного очага альвеококка в правой половине печени из торакоабдоминального доступа по Куино наряду с обширной резекцией печени выполняется и резекция правого легкого. Когда же резекция правой или левой половины печени выполняется из абдоминального доступа, удаление метастаза из правого или левого легкого выполняется спустя 3-4 мес.

Авторами оперировано 42 больных альвеококкозом печени с метастазами в легкие. Радикальные сочетанные операции (резекции печени и легкого) выполнены 17 больным.

Авторы отмечают необычную клиническую картину альвеококкоза, когда основной очаг альвеококкоза в печени долгое время ничем себя не проявляет, зато отдельные метастазы его (в легкие, головной мозг) дают богатую симптомами клиническую картину новообразования. А недостаточно внимательное и полное обследование этих больных без учета проживания их в эндемичных районах ведет к тому, что им выполняется оперативное вмешательство на тех органах, куда метастазировал альвеококк (следует помнить, что при альвеококкозе печень поражается первично в 99% случаев).

Lung Metastasis Appearance in Liver Alveolar Echinococcosis

V. A. Zhuravlev,
V. A. Yanchenko,
A. S. Porokhnenko
Kirov Regional
Centre of the Liver
and Bile Ducts
Surgery (Director-
Prof. V.A.
Zhuravlev)

In Kirov regional centre of liver and bile ducts surgery 350 liver alveolar echinococcosis patients were observed and managed. Extrahepatic localisation was defined in 33% patients. Main source of metastasis were right, paramedian and lateral liver lobes.

In accordance to tactics, elaborated in the center, right lung metastasis and right liver lobe lesions were removed through right thoracoabdominal (Couinaud) incision resecting right liver lobe and right lung. When right or left liver lobectomy is carried out from abdominal incision, metastasis from right or left lung can be successfully removed 3-4 months later. Authors operated on 42 liver alveococcosis patients with lung metastasis. Radical simultaneous operations (liver and lung resection) were performed in 17 patients. Unusual clinical course, when main lesion in liver does not reveals any clinical symptom and symptoms of lung and brain metastasis are manifested, is described. These patients usually are operated on metastasis carrier organs forgetting, that alveococcosis in 99% cases primarily appears in liver.

Проблема метастазирования при альвеолярном эхинококкозе до настоящего времени недостаточно изучена и плохо освещена в медицинской литературе. Частота возникновения метастазов по данным различных авторов варьирует в широких пределах – от 6.1 до 25,2% случаев [1-3, 5, 7, 10]. Разноречивы и неполны сведения о структуре метастазирования: частоте поражения различных органов, зависимости распространенности паразитарного процесса в печени и

внепеченочной локализации альвеококка [8, 10]. Крайне скудны данные относительно результатов хирургического лечения альвеококкоза печени в сочетании с внепеченочной локализацией паразита [2].

Распространение альвеококка в организме человека из первичного очага может осуществляться несколькими путями: гематогенно, по лимфатическим сосудам, желчным протокам, межтканевым промежуткам, а также контактным способом [1, 2, 4, 8, 10].

При гематогенном пути распространения поражаются легкие, головной мозг, кости скелета, селезенка; описаны случаи вовлечения в паразитарный процесс средостения, сетчатки глаз, почек, мышц, поджелудочной железы [1, 2, 8, 10]. Лимфоузлы средостения, ворот селезенки, пара-аортальные лимфоузлы поражаются лимфатическим путем, забрюшинная клетчатка и печеночно-двенадцатиперстная связка - по межтканевым промежуткам [4, 8].

Наиболее частой зоной метастазирования альвеококка являются легкие. Частота их поражения составляет по данным различных авторов от 2.3 до 13.3% [1, 2, 7, 8, 11]. Для сравнения - головной мозг, селезенка, кости, мышцы, перикард поражаются альвеококком менее чем в одном проценте случаев [1, 2, 11].

Некоторые авторы признают возможность первичной внепеченочной локализации альвеолярного эхинококка. Опубликовано несколько клинических случаев, когда выявлен альвеококк легких, правой почки, мышц правой щеки, грудины, позвоночника, плевры без поражения печени [1,2,6-9, 11]. Эти данные дают основание предположить, что альвеолярный эхинококкоз не всегда первично поражает печень.

Материал, методы и результаты

В Кировском зональном центре хирургии печени и желчных путей МЗ РФ (руководитель Центра - Заслуженный деятель науки РФ, Лауреат Государственной премии РФ, доктор медицинских наук, профессор В.А. Журавлев) с 1961 по 1998 год проходили обследование и лечение 350 больных с альвеолярным эхинококкозом печени. Внепеченочная локализация альвеококкоза выявлена у 116 больных (33%), среди которых было 20 пациентов (5.7%) с множественными метастазами. Структура метастазирования паразитарных узлов представлена в табл. 1.

Мы провели подробный анализ 48 случаев метастатического альвеококкоза легких. Данная категория пациентов была представлена 19 (39.6%) мужчинами и 29 (60.4%) женщинами в возрасте от 16 до 66 лет (средний возраст 44.7 ± 2.4). Оба легких были поражены у 18 больных (37.5%), только правое - у 21 больного (43.8%), левое - у 9 больных (18.7%). У 28 больных (53.3%) в паразитарный процесс были вовлечены базальные отделы легких.

Проанализирована зависимость между локализацией узлов альвеококка в печени и легких. В табл. 2 представлены данные о локализации метастазов альвеококка в легких в зависимости от пораженного сегмента печени по Couinaud.

Таблица 1. Частота внепеченочной локализации альвеококка

№ п/п	Пораженные органы	Число случаев метастазирования
1.	Легкие	48 (35.3%)
2.	Лимфоузлы печеночно-двенадцатиперстной связки	45 (32.6%)
3.	Париетальная и висцеральная брюшина	8 (5.7%)
4.	Поджелудочная железа	22 (15.9%)
5.	Головной мозг	4 (2.8%)
6.	Кости	4 (2.8%)
7.	Селезенка	3 (2.1%)
8.	Средостение	2 (1.4%)
9.	Перикард	1 (0.7%)
10.	Мышцы	1 (0.7%)
	Всего	138 (100%)

Локализация альвеококка в печени	Локализация метастазов альвеококка в легких		
	правое легкое	левое легкое	оба легких
Правая латеральная доля (VI и VII сегменты)	15	5	10
Правая парамедианная доля (V и VIII сегменты)	19	7	14
Левая парамедианная доля (I и IV сегменты)	10	5	5
Левая кавальная доля (II и III сегменты)	7	2	3

Обсуждение

Приведенные данные позволяют сделать вывод, что источником метастазирования альвеококка наиболее часто являлись правые парамедианная и латеральная доли печени (локализация узлов в V, VIII и VI, VII сегментах). Первичная локализация очага в указанной области печени сопровождалась, преимущественно, поражением базальных сегментов правого легкого. Метастазы в остальных отделах легких выявлялись значительно реже.

Несколько слов о хирургической тактике при метастазах альвеококка в легкие, принятой в нашем центре.

При локализации метастазов в правом легком и основного очага альвеококка в правой половине печени, при условии, что удаление последней вызывает необходимость торакоабдоминального доступа по Куино, в этих случаях наряду с обширной резекцией печени выполняется и резекция правого легкого. Когда же резекция правой половины печени выполняется из абдоминального доступа, удаление метастаза из правого легкого мы рекомендуем осуществлять спустя 3 мес после операции на печени по месту жительства.

Такая же тактика и при локализации основного очага поражения в левой половине печени и метастаза в левом легком, так как левосторонние резекции печени мы всегда выполняем из срединного доступа.

В Кировском центре хирургии печени оперировано 42 больных альвеококкозом печени с метастазами в легкие. Радикальные сочетанные операции (резекции печени и легкого) выполнены 17 больным: радикальные резекции печени без вмешательства на легких при наличии метастазов в них произведены у 7 пациентов. Радикальная операция на легких у этой группы больных была отложена в связи с большим объемом резекции печени и чрезвычайно высоким риском сочетанного вмешательства. Паллиативные операции на печени выполнены 11 больным. Диагностической лапаротомией ограничились у 7 больных в связи с тотальным поражением печени.

Бывает нередко так, что основной очаг альвеококка в печени долгое время ничем себя не проявляет, зато отдаленные метастазы его (в легкие, головной мозг и т.д.) дают богатую симптомами клиническую картину новообразования. Недостаточно внимательное и полное обследование этих больных без учета проживания их в эндемичных регионах ведет к тому, что им выполняется оперативное вмешательство на тех органах, куда метастазировал альвеококк.

Оперирующий хирург, незнакомый с альвеококкозом, записывает в протоколе операции диагноз типа: злокачественная или доброкачественная опухоль, дермоидная киста и другие. Лишь заключение патогистолога ставит все на свои места.

Однако надо учитывать, что метастаз альвеококка в отличие от метастаза первичного рака печени не содержит в гистологической структуре элементов печеночной ткани и на основании этого патогистолог не может дать заключение метастаз это или первичный очаг паразита. Обычно заключение гистолога: альвеококк легкого.

Следовательно, хирурги после заключения гистолога чаще бывают уверены в том, что они удалили первичный очаг альвеококка и сообщают об этом больному, не предпринимая полного обследования пациента, хотя известно, что при альвеококкозе печень поражается первично в 99% случаев [1].

Пройдет еще несколько лет и у больного появятся клинические симптомы заболевания печени. Ультразвуковое исследование или компьютерная томография укажут на очаг в печени больших размеров. С учетом предыдущей операции и гистологического заключения можно быть абсолютно уверенным, что у больного в печени первичный очаг альвеококка.

Так до поступления в наш центр у 10 больных были выполнены резекции легких с предположительным диагнозом: злокачественная или доброкачественная опухоль, туберкулез. Во всех случаях патогистологическое исследование установило наличие альвеококкоза. Спустя 1-5 лет эти больные были направлены на операцию по поводу альвеолярного эхинококка печени. Эти данные свидетельствуют о том, что диагностика метастазов альвеококкоза печени в легкие имеет определенные трудности и ведет к поздней постановке правильного диагноза, уменьшая таким образом возможность радикального лечения этого тяжелого заболевания.

В качестве примера приводим краткую выписку из истории болезни.

Больная Б., 34 года, инвалид II группы. Поступила в хирургическое отделение 17.06.96 года с жалобами на постоянные тянущие боли в области правого подреберья, боли и слабость в нижних конечностях, склонность к запорам, нарушения мочеиспускания.

Больна в течение 9 лет. При профосмотре в 1987 году был выявлен очаг в правом легком, который расценили как туберкулез. Проводилось консервативное противотуберкулезное лечение. В 1989 году в связи с неэффективностью терапии ей была выполнена резекция правого легкого. Гистологическое исследование не проводилось. После операции появились прогрессирующие боли в грудном отделе позвоночника, выявлен очаг в левом легком. В 1994 году - резекция первого и второго поясничных позвонков с одновременным удалением узлов из верхней и нижней доли левого легкого. При гистологическом исследовании установлен диагноз: альвеококкоз легкого. В последующем больной выполнено обследование (УЗИ, КТЦ), выявлен крупный очаг поражения в правой половине печени. В 1996 году больная была направлена в наш центр для решения вопроса о возможности радикального оперативного вмешательства.

При осмотре: общее состояние средней тяжести, передвигается с трудом. Склеры субиктеричны. Мышечный тонус нижних конечностей снижен, отмечается субатрофия мышц. В легких жесткое дыхание, в VII межреберье справа, на границе грудного и поясничного отделов позвоночника и в VIII межреберье слева послеоперационные рубцы.

Живот мягкий, обычной формы, не вздут. Печень выступает из-под реберной дуги на 2 см, деревянистой плотности, болезненна при пальпации,

Лабораторно: общий анализ крови и мочи без патологических изменений, общий билирубин 20.6 ммоль/л, АСТ 31 ед/л, АЛТ 30 ед/л (N до 30 ед/л), общий белок 70.6 г/л, креатинин 86 мкмоль/л. При УЗИ обнаружено гиперэхогенное образование с гипозоногенными включениями и петрификатами, размером 15 x 18 см в правой половине печени. По данным КТ правую половину печени и IV сегмент занимает гиподенсное образование неоднородной плотности 19 x 22.5 см с полостью распада в центре и участками кальциноза, значительная компенсаторная гипертрофия левой доли печени.

01.07.96 операция: правосторонняя расширенная гемигепатэктомия с иссечением внепеченочных протоков, собственной печеночной артерии, выделение из узлов нижней полой вены (оперировал проф. Журавлев В.А.). Доступ угловым разрезом справа по типу Рио-Бранко. При ревизии вся правая и IV сегмент левой половины печени поражены узлами альвеококка размерами 18 x 20 см с прорастанием области портальных ворот. В центре паразитарного узла имеется участок размягчения (распада). Начата мобилизация правой половины печени с максимальным освобождением переднебоковой поверхности нижней полой вены и перевязкой дополнительных печеночных вен. В портальных воротах выделены, перевязаны и пересечены гепатикохоледох и собственная печеночная артерия ниже узла, левая кавальная доля снабжается за счет отдельной ветви от чревного ствола. Препаровка левой воротной вены, правая воротная вена лигирована и пересечена. Начата резекция печени по уровню серповидной связки с интрапаренхиматозной перевязкой сосудисто-секреторных элементов. Правая и средняя печеночные вены перевязаны и пересечены в кавальных воротах печени. Пораженная часть печени удалена. Во время резекции печеночно-двенадцатиперстная связка пережималась

однократно на 23 мин. Установлены сквозные транспеченочные дренажи через протоки II и III сегментов печени. Проведена проба с раствором метиленового синего, дополнительный гемо- и холестаза. К культе печени подведено 5 дренажей. Послойные швы на рану.

Послеоперационный период осложнился формированием подапоневротического желчного затека, который был вскрыт и дренирован 9.08.96 года. Выписана 21.08.96 года, срок пребывания в клинике 65 дней.

Больной предстоит второй этап радикальной операции, во время которого будет выполнен гепатикохолангиоеноанастомоз с протоками II и III сегментов печени.

Заключение: с момента выявления очага поражения в правом легком до радикальной операции у больной прошло 9 лет, с момента первой операции - 7 лет. Диагноз альвеококка был установлен лишь после второй операции, тогда же выявлен первичный очаг альвеококкоза в печени. Прошло еще два с половиной года, прежде чем больная была направлена в наш центр для радикального оперативного лечения. Состояние больной не позволило выполнить радикальную операцию одномоментно и вмешательство было разделено на два этапа.

Таким образом, наиболее частой зоной метастазирования при альвеолярном эхинококкозе печени являются легкие. Частота их поражения в нашем исследовании составила 13.7% от общего числа больных альвеококкозом и 35.3% в структуре всех случаев впеченочной локализации альвеококка.

Диагностика метастазов альвеококкоза печени в легкие вызывает определенные трудности, что ведет к поздней постановке правильного диагноза и ограничивает возможности радикального оперативного вмешательства.

В большинстве случаев метастазы в легкие возникают при локализации альвеококка в правой парамедианной и латеральной долях печени.

Единственным радикальным методом лечения альвеококкоза печени с метастазами в легкие являются сочетанные или этапные операции с удалением паразитарных узлов как из печени, так и из легких.

Список литературы

1. *Альперович Б.И.* Хирургия печени и желчных путей. Томск, 1997. 605 с.
2. *Брегадзе И.Л., Константинов В.М.* Альвеолярный эхинококкоз. Москва, 1963. 222 с.
3. *Глумов В.Я., Абдрахманов Е.А.* Патоморфология эхинококка и альвеококка печени человека // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. 1976. №2. С. 157-160.
4. *Журавлев В.А.* Большие и предельно большие резекции печени. Саратов: Изд-во Саратовского университета, 1986. 216 с.
5. *Журавлев В.А.* Альвеококкоз печени // Анналы хирургической гепатологии. 1997. Т. 2. С. 9-14.
6. *Козлов Д.Г., Егоров В. П.* Альвеококкоз почки // Вестник хирургии. 1975. Т. 115. № 10. С. 136.
7. *Кузьменко В.Ф., Левенец А.К., Кива А.А., Багрий Г.Г.* Случай эхинококка челюстно-лицевой области // Стоматология. 1984. Т. 63. №5. С. 75.
8. *Набоков Ш.А.* О метастазировании при альвеолярном эхинококкозе печени // Вестник хирургии. 1973. Т. 110. № 1. С. 69-70.
9. *Хакимов И.М., Зиятдинов, К.М.* Случай альвеолярного эхинококкоза множественной локализации // Казанский медицинский журнал. 1989. Т. 70. №2. С. 138-139.
10. *Matsuhisa T.* Which component makes distant metastases of alveolar echinococcosis: germinal cells or protoscoleces? // Alveolar echinococcosis. Sapporo, Japan. 1996. P. 233-239.
11. *Sato N., Uchino J.* Metastases in human alveolar echinococcosis of the liver // Alveolar echinococcosis. Sapporo, Japan. 1996. P. 219-225.