

ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА С НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫМ АЛЬВЕОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННЫМ ИНФИЦИРОВАННЫМ НАРУЖНЫМ ЖЕЛЧНЫМ СВИЩОМ

Василенко М.Н., Коротков С.В., Штурич И.П., Щерба А.Е., Руммо О.О.
ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии»

A STAGE-APPROACH IN PATIENT WITH NONRESECTABLE LIVER ALVEOLAR ECHINOCOCCOSIS COMPLICATED BY EXTERNAL INFECTED BILIARY FISTULA

Vasilenka M., Korotkov S., Shturich I., Shcherba A., Rummo O.
Minsk Scientific and Practical Center for Surgery, Transplantology and Hematology

Введение. Альвеококкоз – паразитарное заболевание, возбудителем которого является личинка ленточного червя *Echinococcus multilocularis*. Орган мишень у человека – печень. Заболеваемость альвеококкозом составляет 1:50.000 в высокоэндемичных районах Европы. Течение, как правило, бессимптомное и пациенты поздно обращаются к врачу. Диагностический алгоритм основан на проведении серологических и радиологических методов исследования. Однако радиологическая диагностика представляет значительные сложности ввиду многообразия радиологической картины альвеококкоза печени, преимущественно инфильтративного характера роста альвеококкоза и подобия на злокачественные новообразования печени (ХЦК). Лечение альвеококкоза печени достаточно трудная задача, требующая мультидисциплинарного и этапного подхода, ввиду необходимости выбора адекватного терапевтического окна, частой контаминации пациента и наличия билиарных осложнений, и заключается в R0 резекции пораженного участка печени, при невозможности R0 резекции единственной радикальной лечебной опцией является трансплантация печени

Цель. Продемонстрировать случай успешного этапного лечения пациента с нерезектабельным альвеококкозом печени, осложненным наружным желчным свищом, путем трансплантации печени от трупного донора.

Материалы и методы. Пациент мужчина, 40 лет, проживает в городе, эпид. анамнез не осложнен. В марте-апреле 2022 появилась желтуха. На основании проведенных серологических тестов, УЗИ ОБП, КТ ОБП, МРТ ОБП, провести дифференциальную диагностику между ХЦК альвеококкозом печени позволило дополнительное проведение ПЭТ-КТ ОБП и диагностической лапароскопии с биопсией образования печени и пациент в июне 2022 был госпитализирован в наш центр. При поступлении отмечалось

повышение уровня общего билирубина, КТ- и МРТ-картина кистозных ячеистых образований в воротах печени с билиарной гипертензией и разобщением желчных протоков, ПЭТ-КТ-картина метаболически активных очагов печени. Ввиду невозможности выполнения R0 резекции печени единственным радикальным методом лечения пациента могла быть трансплантация печени. В качестве меры по стабилизации пациента и ликвидации механической желтухи перед трансплантацией было решено выполнить РХГ с эндобилиарным стентированием. РХГ было выполнено на 7-е сутки нахождения пациента в стационаре, было проведено ПСТ и эндобилиарное стентирование левого долевого протока, в правый долевого проток пройти не удалось. Далее на 2-сут после проведения стентирования у пациента развилась клиника холангита с формированием холангиогенных абсцессов в правой доле печени. Учитывая активный инфекционный процесс, трансплантация оказалась невозможна. Холангит, ССВО и сепсис потребовали лечения в отделении интенсивной терапии, многократных чрескожных дренирований абсцессов печени и ЧЧХС. На 26-е сутки нахождения пациента в стационаре произошла контаминация XDR *Acinetobacter baumannii*, на 40-е сутки появилась инфекция кровотока, по чувствительности проводилась антибиотикотерапия. На 69-е сутки нахождения в стационаре пациент вышел в так называемое «трансплантационное окно», отмечалось снижение всех воспалительных маркеров.

Результаты и обсуждение. После 2,5 месяцев пребывания пациента в стационаре и лечения инфекционных осложнений была выполнена трансплантация трупной печени. Интраоперационного и после трансплантации печени проводились микробиологические исследования отделяемого из дренажей и раны, которые подтверждали наличие мультирезистентной флоры (XDR *Acinetobacter baumannii*, *Klebsiella pneumoniae* и *Pseudomonas aeruginosa*– интраоперационно; XDR *Klebsiella pneumoniae* – после операции), проводилась антибиотикотерапия. В послеоперационном периоде пациент получал 3-компонентную схему иммуносупрессивной терапии (такролимус+ММФ+медрол), однако намеренно в более низких дозах, чем стандартно. На 7-е сут после операции у пациента развилась дисфункция трансплантата печени, она сопровождалась ростом билирубина, цитолитических и холестатических ферментов, на пике билирубин составлял около 100 мкмоль/л, а АсТ и АлТ 270 и 340 соответственно. Воспалительные маркеры прогрессивно снижались. Как известно, септическая дисфункция, отторжение и механический холестаз имеют одинаковые лабораторные паттерны, методы визуализации (УЗИ МРТ ОБП) позволили исключить сосудистые и билиарные причины дисфункции, биопсия трансплантата не выполнялась в связи с высоким риском кровотечения. Терапия заключалась в дозированном усилении иммуносупрессии и смены АБ-терапии по результатам микробиологического исследования. На 8-сут после операции течение послеоперационного периода

осложнилось раневой инфекцией. Пациенту проводилась вакуум-терапия раневой инфекции и менее через 2 недели были наложены вторичные швы. На 23-е сутки после операции пациент был выписан на амбулаторное лечение.

Выводы. Лечение пациентов с альвеококкозом печени представляет значительные трудности на этапе диагностики (альвеококкоз – трансплантация печени с 5-летней выживаемостью 71% и 5-летней безрецидивной выживаемостью 58% [Koch S. et al, 2003]; нерезектабельной ХЦК – ЛТ и ХТ с выживаемостью порядка 12 месяцев [Endo I. et al, 2008]), выбора тактики при инфекции и контаминации резистентной флорой (активная – трансплантация, с высокими риском летального исхода; консервативная – неизбежная гибель пациента от холангитов: эндобилиарное стентирование, ЧЧХС), выбора правильной лечебной тактики и антибактериальной терапии (эндобилиарное стентирование, выбор оптимального окна для ТП, коррекция иммуносупрессивной терапии, инфекционный контроль). Это требует тщательной оценки состояния пациента, мультидисциплинарного подхода и этапности лечебной тактики.