

РОЛЬ КОМПЛЕКСНОГО ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПЕЛИОЗА ПЕЧЕНИ

Д. Р. Оразбаева (damesh-67@mail.ru),
А. Жакупова (ayagul_zhakupova@mail.ru), А. Т. Сарсекеева (asemkina@list.ru),
С. Б. Абсатова (absatova82@mail.ru), Ж. К. Козыбаева (kozybaeva79@mail.ru),
З. П. Сайдахметова (saydahmetova83@mail.ru),
Г. Е. Тусупбекова (tussupbekova_gulmira@mail.ru)

Корпоративный фонд «УМС» Назарбаев Университет – АО «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии», Астана, Казахстан

Введение. Пелиоз печени – редкое доброкачественное опухолеподобное поражение печени.

Цель исследования – представить клинический случай пелиоза печени и возможности комплексной инструментальной диагностики очагового поражения печени.

Материалы и методы. Представлен клинический случай диагностики пелиоза печени с применением ультразвукового исследования (УЗИ), компьютерной томографии, биопсии и диагностической лапароскопии.

Результаты. Квалифицированное УЗИ с применением вспомогательных методов диагностики (ультразвуковой доплерографии, эластографии) позволило правильно интерпретировать данные исследования и предположить наличие у пациента пелиоз печени.

Заключение. Комплексное инструментальное исследование в диагностике очаговых поражений печени с применением ультразвукового исследования, компьютерной томографии, биопсии и диагностической лапароскопии является достоверным, доступным и мало затратным методом диагностики пелиоза печени.

Ключевые слова: пелиоз печени, комплексная инструментальная диагностика, дифференциальная диагностика.

ROLE OF INTEGRATED INSTRUMENTAL STUDY IN DIAGNOSTICS OF LIVER PELIOSIS

D. Orazbayeva, A. Zhakupova, A. Sarsekeyeva, S. Absatova, Z. Kozybaeva,
Z. Saidahmetova, G. Tusupbekova

Corporate fund «UMS» Nazarbayev University – Joint stock company «National scientific center for oncology and transplantation», Astana city, Republic of Kazakhstan

Background. Liver peliosis is a rare benign and tumor-like lesion of the liver.

Objective – to present a clinical case of liver peliosis and the possibility of complex instrumental diagnosis of focal liver damage.

Materials and methods. A clinical case of diagnosis of liver peliosis with ultrasound (ultrasound), computed tomography, biopsy and diagnostic laparoscopy is presented.

Results. Qualified ultrasound research using auxiliary diagnostic methods (ultrasound dopplerography, elastography) enabled to interpret data of the study correctly and to assume liver peliosis in the patient.

Conclusion. Complex instrumental study in the diagnosis of focal liver lesions with the use of ultrasound, computed tomography, biopsy and diagnostic laparoscopy is a reliable, affordable and low-cost method for diagnosing liver peliosis.

Keywords: peliolytic of liver, complex instrumental diagnostics, differential diagnostics.

Введение

Пелиоз печени – редкое доброкачественное заболевание. На сегодняшний день, по данным ВОЗ, пелиоз печени в мире занимает 40 место среди заболеваний печени. Чаще страдают мужчины в возрасте 60-64 лет и женщины в возрасте 55-59 лет. Диагноз был подтвержден 1 452 894 людям, из них мужчин – 789 810 (55%), женщин – 663 084 (45%). Смертность составляет у мужчин 0,03%, у женщин 0,02%.

Пелиоз печени характеризуется наличием опухолеподобных образований в печени, представленных заполненными кровью полостями.

Размеры полостей могут быть разного диаметра, – от мелких до крупных, сообщающихся с синусоидами, выстланные гепатоцитами или эндотелиальными клетками. Данные изменения могут встречаться и в других органах: селезенке, легких, почках, лимфоузлах, костном мозге, но значительно реже. Пелиоз чаще всего протекает бессимптомно, выявляется случайно при обследовании. Описывались случаи пелиоза печени, сопровождавшиеся общими проявлениями – гепатомегалия, асцит, портальная гипертензия, холестаза. В единичных случаях отмечены острые боли в животе в результате разрыва капсулы,

с внутрибрюшинным кровотечением или спонтанными внутривенными кровоизлияниями [1]. Этиология и патогенез пелиоза печени до конца не ясны. По данным литературы, предположительными причинами возникновения пелиоза печени могут быть длительный прием наркотических средств, гормональных препаратов, контрацептивов, анаболических стероидов, цитотоксических лекарственных средств, туберкулез, иммунодефицитные состояния, воздействие гамма-лучей [2]. Картина ультразвукового исследования (УЗИ) печени неспецифична и трудно отличается от подобных изменений при метастатическом поражении печени или при множественных абсцессах. Неоднозначны для интерпретации и результаты компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) с контрастированием. Верифицировать диагноз можно только гистологически – путем биопсии печени, но данная инвазивная манипуляция при пелиозе чревата высоким риском кровотечения [3, 4]. При УЗИ пелиоз печени характеризуется наличием в структуре печени хаотично располагающихся неомогенных полостных структур в сочетании с гипо- и анэхогенными кистами.

Цель исследования – представить клинический случай пелиоза печени и возможности комплексной инструментальной диагностики очагового поражения печени.

Материалы и методы

Представлен клинический случай пелиоза печени, диагностированного с применением УЗИ, КТ и диагностической лапароскопии.

Результаты и обсуждение

Пациент М., 1995 г. р., обратился в АО «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии» в марте и июне 2016 г. Болен с октября 2015 г., когда впервые обратился с жалобами на тошноту и дискомфорт в правом подреберье. Обследован по месту жительства. Заключение УЗИ: гепатоспленомегалия. Поликистоз печени.

Заключение КТ от 14.11.2015 г. Гепатомегалия. Тромбоз печеночных вен. Симптом Бадда-Киари. Наблюдался у гастроэнтеролога.

В марте и июне 2016 г. проведено УЗИ в АО «Национальном научном центре онкологии и трансплантологии». По данным УЗИ: печень значительно увеличена в размерах, распространяется до малого таза. Диффузно-очаговой неоднородности, вся паренхима печени представлена множественными гипозоногенными очагами, сливающимися между собой, в некоторых – с минимальным жидкостным компонентом, с множественными рассеянными микрокальцинатами. На участке печени в области малого таза выполнена эластография, образования картировались

трехцветным типом, преимущественно зеленым, характерным для мягко-эластичных образований (доброкачественные образования).

Заключение УЗИ. Диффузно-очаговое поражение печени, на фоне выраженной гепатомегалии с распространением в малый таз и поддиафрагмальное пространство. Ультразвуковые данные больше за доброкачественное изменение при хронических заболеваниях, не исключается пелиоз. Спленомегалия с признаками портальной гипертензии за счет сдавления селезеночной вены в дистальном сегменте (рис. 1 и 2).

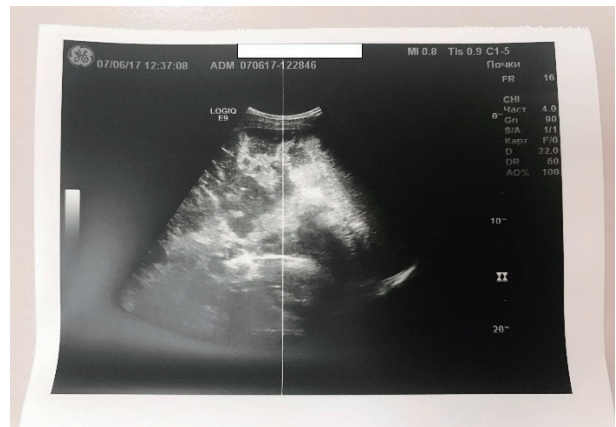


Рисунок 1. – Сонограмма пелиоза печени

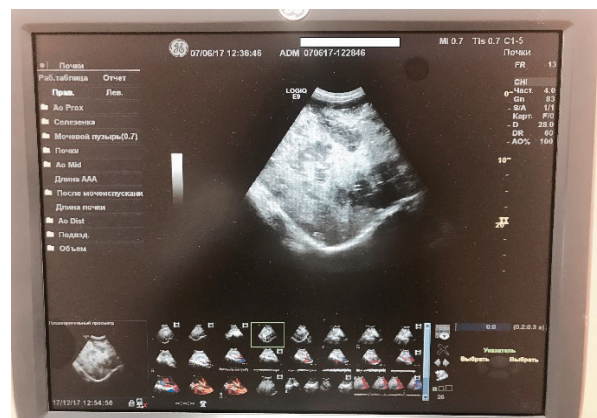


Рисунок 2. – Сонограмма пелиоза печени

Пациент консультирован гепатологом и специалистами клиники. Объективно: телосложение нормостеническое, рост 186 см, вес 84 кг. Периферические лимфоузлы не увеличены. Периферических отеков нет. Живот при пальпации безболезненный. Печень пальпаторно увеличена, нижняя граница пальпируется на уровне подвздошного гребня справа, безболезненная. Селезенка перкуторно увеличена на 3 см, пальпаторно безболезненная. Лабораторные данные: общий анализ крови: гемоглобин 107 г/л; тромбоциты 300×10^9 ; лейкоциты $2,9 \times 10^9$; СОЭ 5 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок – 78 г/л; креатинин – 57 мкмоль/л;

холестерин – 3,88 ммоль/л; глюкоза – 4,1 ммоль/л, общий билирубин – 16,4 мкмоль/л; АЛТ – 60,3 Ед/л; АСТ – 5 Ед/л. Коагулограмма: ПТИ – 79,1%; фибриноген – 1,0 г/л л; АЧТВ – 30,9 сек.; ПВ – 12,8 сек. МНО – 1,09. Белковые фракции: альбумин – 53, глобулины – альфа1 – 6,2; альфа 2 – 9,9; бета1 – 6,7; бета 2 – 5,3; гамма – 18,9.

Проведено КТ ОБП (сентябрь 2016 г.) с внутривенным болюсным контрастным усилением (ультравист 300-100). На полученных КТ-изображениях печень увеличена, размеры 28,8×13,4×34,1 см, нижний край находится в области мочевого пузыря, контуры ровные, денситометрические показатели паренхимы в пределах +39 ед. Н. Структура паренхимы печени при нативной фазе неоднородная, за счет множественных гиподенсивных участков и кальцинатов, при контрастном усилении: в артериальной фазе отмечаются множественные глобулярные накопления контрастного препарата, характерные для сосудистых структур; в портальной фазе визуализируется центростремительное или центробежное контрастное усиление без деформации сосудов, расположенных рядом. В отсроченной фазе все гиперденсивные участки изо- и гиподенсивные. Внутривенные и внепеченочные желчные протоки не расширены. В правой доле печени визуализируется также гиподенсивный участок с четкими неровными контурами, размером 1,2×1,6 см, плотностью до (-88 ед. Н.). При СКТ-ангиографии: общая печеночная артерия диаметром 0,6 см; диаметры: RHA – 0,36 см, LHA – 0,24 см, A – type 1, PV – type 1, ветви HV четко не визуализируются. Нижняя полая вена диаметром 2,1 см. Диаметр воротной вены на уровне основного ствола 1,2 см. Селезеночная и верхняя брыжеечные вены проходимы, диаметром 1,0 см и 0,8 см, соответственно. Лимфатические узлы брюшной полости и забрюшинного пространства не увеличены. На КТ ангиографии брюшная аорта, чревный ствол, брыжеечные артерии, почечные артерии дифференцированы, заполняются контрастным препаратом на всем протяжении без признаков стенозирования и окклюзии. Заключение: КТ-признаки пелиозного гепатита, гепатоспленомегалии (рис. 3).

Специалистами клиники проводился дифференциальный диагноз с врожденным поликистозом печени, доброкачественным образованием печени, пелиозом.

Известно, что УЗИ-картина поликистоза печени характеризуется наличием однородных эхонегативных жидкостных полостей разных диаметров. В данном случае при УЗИ вся паренхима печени была представлена множественными гипозоногенными очагами, сливающимися между собой и с наличием минимального жидкостного компонента в некоторых из них, что позволило сразу исключить поликистоз печени, а отсут-

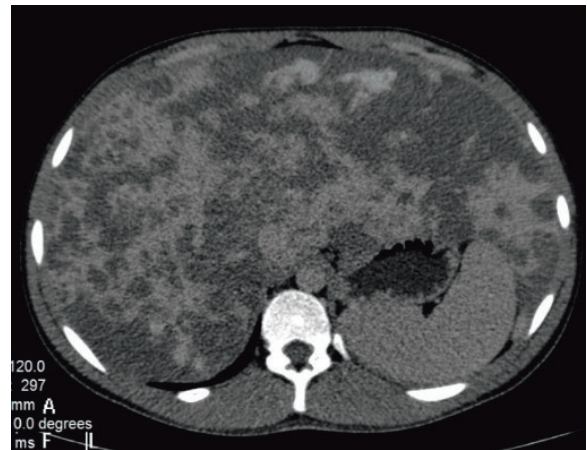


Рисунок 3. – КТ-изображение пелиоза печени

ствии патологии печеночных вен при проведении УЗИ-доплерографического исследования – исключить синдром Бадда-Киари. Дифференциальная диагностика в отношении опухолевого и метастатического поражения печени, по данным УЗИ, а именно, – наличие четких инкапсулированных контуров образований, отсутствие патологической неоваскуляризации при проведении расширенной УЗИ-доплерографии, получение при УЗИ-эластографии печени характерного для мягкоэластичных образований картирования без повышения коэффициента, – позволили предположить доброкачественное поражение печени, возможно, пелиоз.

В результате клинических и амбулаторных обследований более вероятным диагнозом был пелиоз печени. Для верификации диагноза решили провести биопсию печени под УЗИ-контролем. При проведении биопсии, ввиду особенностей перестройки паренхимы печени, получение адекватного столбика печеночной ткани для проведения цито- и гистологического исследования у данного пациента оказалось сложным. При контрольном УЗИ после выполнения биопсии у пациента выявлено наличие свободной жидкости в брюшной полости в объеме до 500 мл, предположительно – кровь со сгустками. Пациент был экстренно осмотрен совместно со специалистами клиники и, учитывая наличие признаков внутрибрюшного кровотечения, по жизненным показаниям в течение часа была проведена лапаротомия. При проведении лапаротомии макроскопически отмечена значительная гепатомегалия, печень имела багрово-красную окраску, ткань дряблая на ощупь, легко сжималась пальцами (рис. 4).

После обнаружения пункционного отверстия печени было проведено ушивание, обеспечение адекватного гемостаза. С учетом риска кровотечения из печени от интраоперационной биопсии печени решено воздержаться. Специалистами клиники проведено консультирование данного пациента с руководителями института Сызгано-

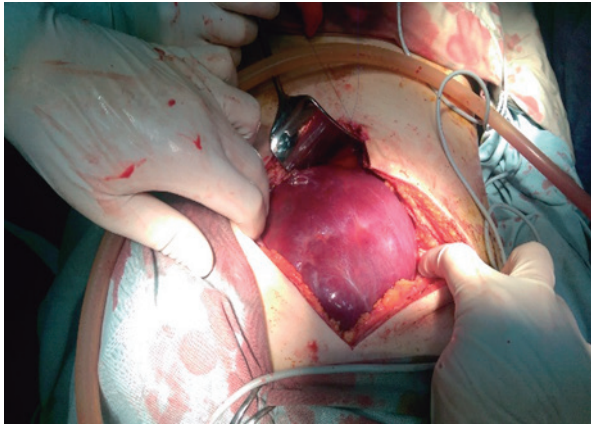


Рисунок 4. – Внешний вид поверхности печени при лапаротомии

ва города Алматы, с зарубежными партнерами клиники SNUH (Сеул, Южная Корея), 9-й городской больницей г. Минска (Беларусь), НИИ им. Склифосовского (Москва, Россия) для оценки рисков и необходимости проведения трансплантации печени. В результате совместной консультации со специалистами города Алматы и зарубежными специалистами было рекомендовано убедиться в проходимости НПВ и исключении синдрома Бадда-Киари. Проведение экспертного ультразвукового и доплерографического исследования, МРТ брюшной полости с внутривенным контрастированием на аппарате не менее 1,5 Тесла исключило поражение печеночных вен и НПВ, признаков синдрома Бадда – Киари. Результаты МРТ отправлены в Сеул, после получения заключения специалистов Сеульского

Национального Госпиталя будет решаться повторно вопрос о проведении трансплантации печени. Пациент выписан из стационара под амбулаторное наблюдение, продолжает находиться под наблюдением у гепатолога.

Выводы

Данный клинический случай подтверждает сложность диагностики пелиоза печени. УЗИ-картина и данные КТ крайне неспецифичны, что приводит к трудностям при дифференциальной диагностике пелиоза. Пациент не имел в анамнезе длительного приема лекарственных препаратов, какого-либо иммунодефицитного состояния, хронических заболеваний, способствующих данному заболеванию. Наличие заполненных кровью полостей в печени разной степени плотности создали разнообразную картину опухолевидного поражения, трудноотличимую от метастатических, абсцедирующих или кистозных изменений печени. Проведение углубленного комплексного УЗИ с использованием доплерографических исследований, УЗИ-эластографии позволило исключить поликистоз печени, синдром Бадда-Киари, с которыми пациент наблюдался по месту жительства, исключить опухолевое поражение печени и сделать заключение о наличии доброкачественного очагового поражения печени, не исключая пелиоза. Таким образом, УЗИ в диагностике очаговых поражений печени с использованием дополнительных методов инструментальной диагностики – наиболее достоверный, самый доступный и малозатратный метод верификации пелиоза печени.

References

1. Charatchoenwithaya P, Tanwandee T. Education and imaging: hepatobiliary and pancreatic: spontaneous intrahepatic hemorrhage from peliosis hepatis: an uncommon complication of a rare liver disorder. *J. Gastroenterol. Hepatol.* 2014;29:1754.
2. Hidaka H, Ohbu M, Nakazawa T, Matsumoto T, Shibuya A, Koizumi W. Peliosis hepatis disseminated rapidly throughout the liver in a patient with prostate cancer: a case report. *J. Med. Case Rep.* 2015;9:194.
3. Chopra S, Edelstein A, Koff RS, Zimelman AP, Lacson A, Neiman RS. Peliosis hepatis in hematologic. *JAMA.* 1978;240:1153-1155.
4. Fidelman N, LaBerge JM, Kerlan RK. SCVIR 2002 Film Panel Case 4: Massive intraperitoneal hemorrhage caused by peliosis hepatis. *J. Vasc. Interv. Radiol.* 2002;13:542-545.

Поступила: 23.07.2017

Принята к печати: 05.09.2017