

К вопросу о сочетанной форме эхинококкоза (клиническое наблюдение)

А. Б. Кривошеев¹, П. П. Хавин², Л. А. Хван², Т. В. Ермаченко², Д. В. Морозов², Н. В. Кузьминых³

¹ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Новосибирск

²ГБУЗ НСО «Городская клиническая больница № 1», г. Новосибирск

³ГБУЗ НСО «Городская инфекционная клиническая больница № 1», г. Новосибирск

РЕЗЮМЕ

Статья посвящена описанию случая эхинококкоза внутренних органов. Представлен алгоритм диагностики, лечения и контроля данного заболевания. Эхинококкоз внутренних органов не является редкой патологией, однако часто верифицируется на поздней стадии. Заболевание после радикального лечения склонно к рецидиву.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: эхинококкоз внутренних органов, поражение печени и легких, оперативное лечение, рецидив.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

On combined form of echinococcosis (clinical observation)

A. B. Krivosheev¹, P. P. Khavin², L. A. Khvan², T. V. Ermachenko², D. V. Morozov², N. V. Kuzminykh³

¹Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russia

²City Clinical Hospital No. 1, Novosibirsk, Russia

³City Infectious Diseases Clinical Hospital No. 1, Novosibirsk, Russia

SUMMARY

The article is devoted to the description of the case of echinococcosis of internal organs. An algorithm for the diagnosis, treatment and control of this disease is presented. Echinococcosis of internal organs is not a rare pathology; however, it is often verified at a late stage. The disease after radical treatment is prone to relapse.

KEY WORDS: echinococcosis of internal organs, liver and lung damage, surgical treatment, relapse.

CONFLICT OF INTEREST. The authors declare no conflict of interest.

Эхинококкоз человека относится к тяжелым паразитарным заболеваниям, характеризующимся деструктивными поражениями печени, легких и других органов, аллергизацией организма, тяжелыми осложнениями, нередко приводящими к инвалидизации и летальному исходу [1]. Возбудитель эхинококковой болезни, или эхинококкоза человека, был описан Batsch в 1786 и Rudolphi в 1810 годах [2], им является личиночная стадия цепня *Echinococcus granulosus*, относящегося к семейству *Taeniidae* [3,4]. При данном заболевании наиболее часто регистрируется поражение печени. Вместе с тем сообщается и о сочетанных формах эхинококкоза, при которых наблюдается поражение печени и других органов, главным образом легкого [5]. По данным С. В. Минаева и соавт. [6], с 1985 по 2015 год наблюдали изолированное поражение печени в 57,2% случаев, легочный эхинококкоз отмечен у 24,6% пациентов, сочетанные формы заболевания были обнаружены у 32,1% больных.

Эхинококкоз внутренних органов не является редкой патологией. Однако клиническая картина может быть крайне вариативной и на ранних стадиях – малозаметной. Симптоматика заболевания в значительной мере зависит от локализации процесса, что значительно затрудняет диагностику, особенно на ранней стадии процесса. Наблюдали пациентку с сочетанной формой эхинококкоза, у которой было выявлено поражение печени и легкого.

Приводим наше **наблюдение**. Больная *Ш.*, 51 год, поступила в терапевтическое отделение клиники 24.09.2016 с предварительным диагнозом «внебольничная правосторонняя пневмония средней степени тяжести».

При поступлении: жалобы на общую слабость, потливость, одышку при физической нагрузке, сухой кашель,

повышение температуры до 37,5 °С в вечернее время. Ухудшение состояния в течение недели. Внезапно на фоне полного благополучия появилось общее недомогание, при котором прогрессивно нарастала немотивированная слабость, появились першение в горле, а затем сухой кашель, респираторные расстройства, повысилась температура до 37,5 °С. Самостоятельно принимала лазолван и парацетамол. Особого эффекта от лечения не отметила. Обратилась к участковому терапевту в поликлинику. Дано направление на госпитализацию.

Из анамнеза известно, что у больной имеется отягощенная наследственность по артериальной гипертензии, а также медикаментозная аллергия на тетрациклин, пенициллин и левомицетин. Длительно страдает бронхиальной астмой, обострения – почти ежегодно. Принимает симбикорт 4,5/160 мкг два раза в день и беродуал по требованию. Не курит, алкоголь и наркотики не употребляет. Вирусный гепатит и туберкулез отрицает.

Физикальное обследование. При поступлении состояние удовлетворительное. Кожа телесного цвета, видимые слизистые розовые. Рост 164 см, масса тела 64 кг, ИМТ 23,8 кг/м², телосложение нормостеническое, подкожно-жировая клетчатка и мышечная системы развиты умеренно. Щитовидная железа обычных размеров, лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка правильной формы, участвует в акте дыхания, голосовое дрожание не изменено. Перкуторно по всем полям легочной звук. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы, справа в проекции S₉, дыхание ослабленное, хрипы не выслушиваются. Частота дыхания 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Патологиче-

ские тоны и шумы не выслушиваются. Пульс 86 в минуту, ЧСС 86 в минуту, АД 130/80 мм рт. ст. Периферических отеков нет. Живот правильной формы, мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания. Печень по краю реберной дуги, размеры по Курлову $10 \times 8 \times 6$ см. Селезенка не увеличена. Физиологические отправления в норме.

Результаты обследования. *Общий анализ крови:* эритроциты – $5,1 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 137 г/л, лейкоциты – $6,2 \times 10^9/л$, тромбоциты – $339 \times 10^9/л$, палочкоядерные – 8%, сегментоядерные – 56%, лимфоциты – 32%, моноциты – 4%, СОЭ – 10 мм/ч. *Общий анализ мочи:* цвет желтый, прозрачная, плотность – 1015, лейкоциты – 0–1 в п.з., эритроциты – 0–1 в п.з., слизь (++) , ураты (+), эпителий – 1–2 в п.з. *Анализ мокроты:* слизистая, лейкоциты – 10–15 в п.з., эпителиальные клетки – б/к, альвеолярные клетки – 30–40 в п.з. *Биохимия крови:* общий билирубин – 11,0 ммоль/л, прямой билирубин – 2,0 ммоль/л, АлАТ – 0,35 мкмоль/л, АсАТ – 0,25 мкмоль/л, гамма-глутамилтрансфептидаза – 25 г/л, СРБ – 12 г/л; общий холестерин – 4,4 ммоль/л; триглицериды – 0,86 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 4,7 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 2,8 ммоль/л, глюкоза – 5,4 ммоль/л, фибриноген – 2,7 г/л, протромбиновый индекс – 87%, щелочная фосфатаза – 135 г/л, креатинин – 65 ммоль/л, мочевина – 6,6 г/л, мочевая кислота – 263 ммоль/л.

Результаты инструментального обследования. *ЭКГ.* Ритм синусовый, ЧСС 88 в минуту, гипертрофия левого желудочка. *Спирометрия.* Фоновые показатели: ОФВ₁ – 189 мл (норма – 264 мл), 72%, индекс Тифно – 76,5 (норма – 81,1), 94%. Проба с бронхолитиком (сальбутамол 400 мкг; четыре дозы): ОФВ₁ – 193 мл, 73%, индекс Тифно – 92,8, 114%. Заключение: очень легкое нарушение вентилиации легких по обструктивному типу, проба отрицательная. *Компьютерная томография грудной клетки.* Справа в S₉ округлое образование однородное с четкими контурами, размер 8–9 см (рис. 1). Заключение: периферическое доброкачественное образование правого легкого (киста, эхинококкоз?). *Ультрасонография органов брюшной полости.* Размеры печени не изменены, контуры ровные, четкие, эхо-структура гомогенная, в правой доле печени (S₈) локализуется многокамерное эхогенное



Рисунок 1. КТ грудной клетки. Киста правого легкого.



Рисунок 2. Ультрасонография органов брюшной полости. Киста правой доли печени.



Рисунок 3. КТ органов брюшной полости. Множественные кисты правой доли печени.

образование размерами 59×51 мм. Заключение: эхинококковая киста печени (рис. 2). *Компьютерная томография органов брюшной полости.* В паренхиме правой доли печени (S₈) визуализированы неправильной округлой формы с довольно четкими контурами образования размером $63 \times 52 \times 51$, $41 \times 19 \times 24$ и $41 \times 26 \times 21$ мм (рис. 3). Заключение: множественные жидкостные образования (кисты) правой доли печени (эхинококкоз?).

Полученные результаты инструментальных методов требовали дополнительного специального дообследования для подтверждения паразитарной патологии заболевания. Проведен иммуноферментный тест по определению IgG на эхинококкоз. Использован набор реагентов «Эхинококк-IgG-ИФА-БЕСТ» ЗАО «Вектор-Бест» (г. Новосибирск). Результат положительный, что подтверждало инфекционный характер заболевания.

Консультация торакального хирурга. По результатам обследования, у больной – эхинококкоз печени и правого легкого. Показано оперативное лечение. Выставлен клинический диагноз: L98.4; кистозное поражение правого легкого и правой доли печени паразитарной этиологии (эхинококкоз), стадия начальных проявлений, неосложненное течение. Бронхиальная астма, смешанный вариант (инфекционно-зависимая, экзогенная), среднетяжелое течение, межприступный период, ДН I.

22.10.2016 проведена открытая эхинококкэктомия нижней доли правого легкого. Результаты гистологического исследования соответствуют эхинококкозу легких. Послеоперационный период протекал без осложнений. 06.11.2017 сделана контрольная компьютерная томография органов грудной клетки. Заключение: состояние после нижней лобэктомии правого легкого. Данных за очаговые и инфильтративные изменения легких, объемные образования средостения не получено (рис. 4). Рецидив эхинококкоза легких не зарегистрирован. Больная направлена в гепатологический центр на оперативное лечение. 22.06.2018 проведена лапаротомия – эхинококкэктомия. Послеоперационный период без осложнений. Результаты гистологического исследования соответствуют эхинококкозу печени. Контрольное обследование в ноябре 2020 года. Пациентка активных жалоб не предъявляет. 06.11.2020 проведена КТ грудной клетки и органов брюшной полости: Состояние после нижнедолевой лобэктомии справа, грубый постоперационный пневмофиброз базальных отделов правого легкого, локальный поствоспалительный пневмофиброз в S_{1,2,3,4,5} левого легкого. Печень обычной формы, контуры четкие, не увеличена. Структура паренхимы печени неоднородна, в сегменте S₈ определяется округлой конфигурации аваскулярное жидкостное (+14 HU) образование с четкими контурами размером $28 \times 20 \times 21$ мм (рис. 5). Заключение: киста печени, рецидив эхинококкоза печени.

Представленное нами наблюдение позволяет обсудить ряд вопросов, касающихся эхинококкоза внутренних органов. Во-первых, по данным отечественных авторов [1, 6, 7], заметно чаще – более чем в половине случаев как орган-мишень в патологический процесс изолированно вовлекается печень. Сочетанные формы заболевания регистрируются реже – в 20,0–32,1% случаев [6, 7], преимущественно наблюдается поражение печени и легких. Во-вторых, при верификации сочетанных форм эхинококкоза внутренних органов естественно возникает вопрос о первичном очаге поражения. В нашем случае, вероятно, первичный очаг эхинококкоза сформировался в печени. Косвенно об этом может свидетельствовать тот факт, что в печени было обнаружено множественное поражение (верифицировано три кисты), а также наблюдался рецидив заболевания. Печень в большинстве случаев



Рисунок 4. КТ грудной клетки. Состояние после нижней лобэктомии правого легкого.



Рисунок 5. КТ органов брюшной полости. Киста печени. Рецидив эхинококкоза печени.

является органом-мишенью при данном заболевании, особенно при изолированном поражении. Обычно эхинококковые кисты локализуются в правой доле печени, их величина может сильно варьировать, что подтверждается нашим наблюдением. Необходимо учитывать и клиническую картину заболевания. Чаще всего первыми симптомами при эхинококкозе печени являются боли различного характера в правом подреберье, нередко имитирующие обострение хронического холецистита. Может наблюдаться гепатомегалия, печень при этом становится болезненной, иногда регистрируется желтуха [5]. Вместе с тем при сочетанном поражении печени и легких клинические проявления со стороны органов дыхания становятся более выраженными [7]. Симптомы могут быть очень вариabельными и характеризовать другую патологию. В нашем наблюдении у пациентки подозревалась внебольничная пневмония. Следует отметить, что клинические симптомы заболевания со стороны печени и нарушение лабораторных показателей ее функции не выявлены. Вместе с тем нельзя исключить и одновременное поражение печени и легкого. Алгоритм диагностики эхинококкоза внутренних органов в настоящее время четко отработан. Это проведение унифицированных лучевых методов обследования (рентген грудной клетки, ультрасонография органов брюшной полости, компьютерная томография органов грудной клетки и органов брюшной полости). При верификации объемных образований необходимо иммуноферментное обследование для подтверждения паразитарного происхождения заболевания.

P.S. Эхинококкоз внутренних органов не является редким заболеванием и регистрируется в различных регионах Российской Федерации. Представленное наблюдение может иметь неоднозначную трактовку, особенно по первичному поражению внутренних органов. В этом отношении некоторые положения в обсуждении могут быть противоречивыми, но это – наша точка зрения по данной проблеме. Мы будем благодарны вам за отзывы и готовы к диалогу по данной проблеме. Если у вас имеются подобные наблюдения, опубликуйте их. Это позволит лучше понять особенности клинико-лабораторных, инструментальных и морфологических проявлений эхинококкоза внутренних органов и улучшить его раннюю диагностику.

*С уважением от коллектива авторов, профессор
А. Б. Кривошеев*

Список литературы / References

1. Черникова Е. А., Ермакова Л. А., Козлов С. С. Эхинококкозы: подходы к лечению. Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. 2014; 1: 52–56. Chernikova E. A., Ermakova L. A., Kozlov S. S. Echinococcosis: approaches to treatment. Infectious Diseases: News, Opinions, Education. 2014; 1: 52–56.
2. Товбин Н. 1859. Цит. по Н. И. Кашину. О пузырчатых кистах при гидатиде. М.: 1862: 46. Tovbin N. 1859. Quoted, according to N. I. Kashin. About bladder cysts with hydatids. M.: 1862: 46.
3. Скипенко О. Г., Паршин В. Д., Шатверян Г. А. и др. Эхинококкоз печени: современные тенденции в хирургической практике. Анналы хирургической гепатологии. 2011; 4: 34–39. Skipenko O. G., Parshin V. D., Shatveryan G. A. Echinococcosis of the liver: current trends in surgical practice. Annals of Surgical Hepatology. 2011; 4: 34–39.
4. Минаев С. В., Герасименко И. Н., Быков Н. И., Тимофеев С. В. Современные подходы в лечении эхинококкоза печени в детском возрасте. Вестник хирургии им. И. И. Грекова. 2013; 1: 71–74. Minaev S. V., Gerasimenko I. N., Bykov N. I., Timofeev S. V. Modern approaches in the treatment of liver echinococcosis in childhood. Bulletin of surgery n.a. I. I. Grekov. 2013; 1: 71–74.
5. Дейнека И. Я. Эхинококкоз человека. М.: Медицина. 1968. Deineka I. Ya. Echinococcosis of a human. M.: Medicine. 1968.
6. Минаев С. В., Машенко А. Н., Айдемиров А. Н. и др. Эпидемиологическая характеристика эхинококкоза среди взрослого и детского населения Ставропольского края. Доктор.Ру. Гастроэнтерология. 2018; 7 (151): 35–38. Minaev S. V., Mashchenko A. N., Aydemirov A. N. and other Epidemiological characteristics of echinococcosis among the adult and child population of the Stavropol Territory. Doctor.Ru. Gastroenterology. 2018; 7 (151): 35–38.
7. Шангареева Р. Х. Эхинококкоз печени у детей. Роль консервативной терапии. Практическая медицина. Гастроэнтерология. 2014; 1 (77): 78–83. Shangareeva R. Kh. Echinococcosis of the liver in children. The role of conservative therapy. Practical medicine. Gastroenterology. 2014; 1 (77): 78–83.

Статья поступила / Received 11.10.2021

Получена после рецензирования / Revised 08.11.2021

Принята в печать / Accepted 09.11.2021

Сведения об авторах

Кривошеев Александр Борисович, д.м.н., проф. кафедры факультетской терапии им. проф. Г. Д. Залесского¹. E-mail: krivosheev-ab@narod.ru

Хавин Павел Петрович, к.м.н., врач высшей категории, пульмонолог, врач-консультант². E-mail: khavi100749@mail.ru

Хван Людмила Алексеевна, врач высшей категории, зав. отделением гастроэнтерологии². E-mail: khvanlyudmila@yandex.ru

Ермаченко Тамара Викторовна, врач высшей категории, зав. отделением пульмонологии². E-mail: ermt@mail.ru

Морозов Дмитрий Вильевич, к.м.н., врач высшей категории, зав. отделением патоморфологии². E-mail: mdvii07@mail.ru

Кузьминых Нина Викторовна, врач высшей категории отделения лучевой диагностики³

¹ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Новосибирск

²ГБУЗ НСО «Городская клиническая больница № 1», г. Новосибирск

³ГБУЗ НСО «Городская инфекционная клиническая больница № 1», г. Новосибирск

Автор для переписки: Кривошеев Александр Борисович.
E-mail: krivosheev-ab@narod.ru

About authors

Krivosheev Alexander B., DM SCI (habil.), professor at Dept of Faculty Therapy n.a. prof. G. D. Zalesky¹. E-mail: krivosheev-ab@narod.ru

Khavin Pavel P., PhD Med, physician of superior expert category, pulmonologist, consulting physician². E-mail: khavi100749@mail.ru

Hwan Lyudmila A., physician of superior expert category, head of Dept of Gastroenterology². E-mail: khvanlyudmila@yandex.ru

Ermachenko Tamara V., physician of superior expert category, head of Dept of Pulmonology². E-mail: ermt@mail.ru

Morozov Dmitry V., PhD Med, physician of superior expert category, head of Dept of Pathomorphology². E-mail: mdvii07@mail.ru

Kuzminykh Nina V., physician of superior expert category at Dept of Radiation Diagnostics³

¹Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russia

²City Clinical Hospital No. 1, Novosibirsk, Russia

³City Infectious Diseases Clinical Hospital No. 1, Novosibirsk, Russia

Corresponding author: Krivosheev Alexander B. E-mail: krivosheev-ab@narod.ru

Для цитирования: Кривошеев А. Б., Хавин П. П., Хван Л. А., Ермаченко Т. В., Морозов Д. В., Кузьминых Н. В. К вопросу о сочетанной форме эхинококкоза (клиническое наблюдение). Медицинский алфавит. 2021; (35): 38–40. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2021-35-38-40>

For citation: Krivosheev A. B., Khavin P. P., Hwan L. A., Ermachenko T. V., Morozov D. V., Kuzminykh N. V. On combined form of echinococcosis (clinical observation). Medical alphabet. 2021; (35): 38–40. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2021-35-38-40>

