

## ЭХИНОКОККОЗ ПЕЧЕНИ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЦИСТО-БИЛИАРНЫХ КОММУНИКАЦИЙ

**Р.Д. Мустафин<sup>1</sup>, И.А. Малафеев<sup>2</sup>, С.А. Воробьев<sup>2</sup>, Р.С. Аракельян<sup>1</sup>, Г.Л. Шендо<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации,

<sup>2</sup>ГБУЗ АО «Александро-Мариинская областная клиническая больница»,

<sup>3</sup>ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Астраханской области»

В научной статье авторы рассказывают о ситуации по эхинококкозу человека в Астраханской области, а также о пациентах, находившихся на лечении в хирургическом отделении с диагнозом «Эхинококкоз печени» и прооперированных по данному заболеванию за период с 2011 по 2016 гг.

*Ключевые слова:* эхинококкоз, цисто-билиарные свищи, пациенты, жалобы, эхинококковая киста.

DOI 10.19163/1994-9480-2018-1(65)-94-96

## ECHINOCOCCOSIS OF THE LIVER IN THE ASTRAKHAN REGION: EPIDEMIOLOGY, DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF CYSTO-BILIARY COMMUNICATIONS

**R.D. Mustafin<sup>1</sup>, I.A. Malafeev<sup>2</sup>, S.A. Vorob'ev<sup>2</sup>, R.S. Arakel'jan<sup>1</sup>, G.L. Shendo<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>FSEI HE «Astrakhan State Medical University»  
of Public Health Ministry of the Russian Federation, Department of Faculty Surgery,

<sup>2</sup>SBHI «Alexandro-Mariinsky Regional Clinical Hospital»,

<sup>3</sup>FBIH «Center of Hygiene and Epidemiology in the Astrakhan Region»

In the scientific paper the authors talk about the situation of human echinococcosis in the Astrakhan region, as well as patients who were treated in the surgical department with a diagnosis of «liver Echinococcosis» and operated by the disease during the period from 2011 to 2016.

*Key words:* echinococcosis, cysto-biliary fistulae, patients, complaints, echinococcal cyst.

Цистный эхинококкоз – биогельминтоз, вызываемый паразитированием в тканях и органах человека личиночной стадии цестоды *Echinococcus granulosus*, характеризующийся хроническим течением, образованием кист и деструктивным поражением печени, легких и других органов [4].

Эхинококкоз поражает жизненно важные органы и ткани (печень, легкие, селезенку, сердце, головной мозг, мышцы) и приводит к тяжелой органной и системной патологии [5].

Ежегодно в РФ регистрируется более 500 случаев эхинококкоза человека, из которых на долю детей приходится 14,5%. Эпидемиологическая значимость эхинококкоза определяется широким распространением, тяжелым клиническим течением, с множественными сочетанными поражениями внутренних органов, приводящими к длительной потере трудоспособности, нередко инвалидизации и летальному исходу [2, 3]. За последние 25 лет заболеваемость эхинококкозом увеличилась в 3 раза (с 0,1 в 1991 г. до 0,3 на 100 тыс. населения в 2015 г.) [3].

В структуре биогельминтозов на долю эхинококкоза приходится 1,2%. Уровень заболеваемости эхинококкозом превышает среднероссийские показатели в Ямало-Ненецком (в 9,3 раза), Чукотском (в 13,2 раза) авто-

номных округах, Ставропольском крае (в 1,4 раза), Кабардино-Балкарской (в 3,1 раза), Карачаево-Черкесской (в 7,1 раза) республиках, республиках Алтай (в 3,1 раза), Башкортостан (в 4 раза), Саха (Якутия) (в 2,4 раза) [3].

В 2015 г. на территории России было зарегистрировано 437 случаев эхинококкоза в 63 субъектах Российской Федерации [3].

### ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Проанализировать клинические особенности редкого осложнения эхинококкоза печени – цисто-билиарных свищей.

### МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

На территории Астраханской области с 2001 по июль 2016 г. зарегистрировано 106 случаев эхинококкоза человека [1].

Основным местом локализации паразита в 91,5% являлись печень, легкое, а также сочетанные случаи поражения печени и легкого. В 8,5% случаев у пациентов отмечались случаи локализации паразита в почке, поддиафрагмальном пространстве, брюшной полости, селезенке, мочевом пузыре, плече, области малого таза, головном мозге, сердце и мышце плеча.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В последние годы в Астраханской области наметилась тенденция к увеличению числа случаев заболевания человека эхинококкозом. Так, более половины (61 случай) – 57,5 % зарегистрировано с 2011 по 2016 гг., в т.ч. наибольшее количество случаев отмечалось в 2014 г. – 17 случаев (16 %), 2015 г. – 12 случаев (11,3 %) и в 2011 г. – 10 случаев (9,4 %).

За анализируемый период 43 пациента (40,6 %) находились на стационарном лечении в хирургическом отделении АМОКБ с диагнозом Эхинококкоз, в т.ч. эхинококкоз печени – 36 человек (83,7 %), в т.ч. в 2014 г. – 38,8 %, в 2011 г. – 19,4 %, 2015 г. – 16,7 %, 2012 г. – 13,9 %, 2013 и 2016 гг. – по 5,6 %.

Клинически эхинококкоз проявлялся жалобами пациентов на боль в правом подреберье – 86,1 %, боль и тяжесть в грудной клетке, слабость, одышку, кашель – 11,1 %. И только в 1 случае – 2,8 % жалобы отсутствовали.

Половина пациентов – 50 % имели постоянное место работы, часть пациентов – 13,9 % – постоянного места работы не имели, на долю пенсионеров приходилось 36,1 %.

Хирурги разных стран по-разному решают вопрос о выборе оптимального объема операции при эхинококковом поражении печени. Для России, бывших советских республик и стран средиземноморья характерен более «консервативный» подход: здесь продолжают выполняться традиционные эхинококкэктомии и внедряются мини-инвазивные, лапароскопические и пункционно-дренажные вмешательства с приемлемыми результатами. При этом в ведущие гепатохирурги Западной Европы и Японии, где опыт первичных операций при эхинококке, как правило, невелик, но куда попадают пациенты с рецидивными и осложненными формами заболевания, предпочитают радикальные вмешательства в объеме перцистэктомии и резекций печени. Мы стараемся придерживаться «золотой середины»: при периферических поражениях и обызвествлениях кист выполняем резекции и перцистэктомии, в опасных зонах оставляем часть фиброзной оболочки на сосудисто-секреторных структурах (по типу субтотальной перцистэктомии). К выполнению эхинококкэктомии прибегаем при обширных билобарных поражениях. Так, из 36 операций нами было выполнено 9 тотальных перцистэктомий, 20 – субтотальных, 4 анатомические резекции в объеме сектор-сегмент и гемигепатэктомии и 3 эхинококкэктомии с антипаразитарной обработкой и формированием «зияющих» полостей. Такая относительно редкая операция, как резекция хвостатой доли печени, выполнена нами дважды.

Следует отметить, что в обширной литературе, посвященной хирургическим проблемам эхинококкоза, сведения о таком осложнении заболевания, как прорыв кисты в просвет желчных протоков, представлены скудно; диагностика же подобных ситуаций, как правило, затяги-

вается. Считаем своим долгом поделиться нашими наблюдениями. Среди 36 больных, оперированных нами с 2011 по 2016 гг. по поводу эхинококкового поражения печени мы трижды столкнулись с развитием у пациентов механической желтухи вследствие формирования сообщения полости кисты с желчными протоками и обтурации гепатикохоледоха фрагментами герминативных оболочек паразита. В двух случаях пациенты (оба – мужчины 52 лет) были оперированы в срочном порядке в связи с нарастающей механической желтухой, предположительно вызванной рентгеногегативными конкрементами холедоха. Следует отметить, что оба пациента до возникновения желтухи длительно обследовались в районных больницах в связи с неопределенными болями в верхней половине живота. При дооперационном УЗИ и КТ у обоих больных были выявлены кисты печени без определенно-го заключения об их этиологии. Однако на операции при холедохотомии вместо конкрементов в просвете общего желчного протока нами было обнаружено большое количество оболочек погибшего паразита, они были удалены зажимом с последующим «вымыванием» струей раствора антисептика под контролем холедохоскопа. В ходе операции у обоих пациентов было подтверждено наличие эхинококковых кист печени. В одном случае они представляли собой конгломерат их четырех кистозных полостей, полностью замещавший 2-й и 3-й сегменты (выполнена бисегментэктомия), в другом случае частично обызвествленная толстостенная киста диаметром 5 см находилась на задней поверхности 7-го сегмента, была выполнена парциальная перцистэктомия. У обоих пациентов операции завершены длительным наружным дренированием холедоха Т-образным дренажом.

В третьем наблюдении (женщина 36 лет, в анамнезе – удаление эхинококковой кисты из мышц правого плеча) была нами оперирована в плановом порядке в связи с преходящей механической желтухой и подозрением на вентильный камень холедоха. На операции была обнаружена эхинококковая киста диаметром 3 см в области крышки конфлюэнса долевых желчных протоков, сообщавшаяся узким свищевым ходом с просветом протоков. Этой пациентке было выполнено дренирование гепатикохоледоха Т-образным дренажом с подшиванием мобилизованной круглой связки печени к «воротной пластинке» над конфлюэнсом. Все пациенты в настоящее время находятся под наблюдением паразитолога, состояние их удовлетворительное, клинических признаков нарушения желчеотведения нет.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наши наблюдения свидетельствуют о том, что билиарные осложнения эхинококкоза печени в виде цисто-билиарных свищей или прорыва содержимого кист в желчное дерево не являются исключительной редкостью. В диагностическом плане при отсутствии достаточных анамнестических данных клинициста должно насторожить сочетание механической желтухи с кистозным образованием в печени: это позволит

значительно сократить время дооперационной диагностики и наблюдения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Аракельян Р.С., Галимзянов Х.М., Мустафин Р.Д. и др. Клинико-эпидемиологические особенности эхинококкоза человека в Астраханской области // Актуальная инфектология. – 2015. – № 4 (9). – С. 38–41.

2. Ветшев П.С., Мусаев Г.Х., Бруслик С.В. Эхинококкоз: современное состояние проблемы // Украинский журнал хирургии. – 2013. – № 3 (22). – С. 196–201.

3. Информационное письмо № 01/7782-16-27 от 20.06.2016 г. «О заболеваемости эхинококкозом и альвеококкозом в Российской Федерации».

4. Лысенко А.Я., Владимирова М.Г., Кондрашин А.В., Майори Дж. Клиническая паразитология. – Женева: ВОЗ, 2002. – 734 с.

5. Скрипенко О.Г., Паршин В.Д., Шатверян Г.А. и др. Эхинококкоз печени: современные тенденции в хирургической тактике // Анналы хирургической гепатологии. – 2011. – Т. 16. – № 4. С. 34–39.

## REFERENCES

1. Arakel'jan R.S., Galimzjanov H.M., Mustafin R.D. et al. Kliniko-jepidemiologicheskie osobennosti jehino-

kokkoza cheloveka v Astrahanskoj oblasti [Clinical and epidemiological features of human echinococcosis in the Astrakhan region]. *Aktual'naja infektologija* [Actual Infectology], 2015, no. 4 (9), pp. 38–41. (In Russ.; abstr. in Engl.).

2. Vetshev P.S., Musaev G.H., Bruslik S.V. Jehinokokkoz: sovremennoe sostojanie problemy [Echinococcosis: the current state of the problem]. *Ukrainskij zhurnal hirurgii* [Ukrainian Journal of Surgery], 2013, no. 3 (22), pp. 196–201. (In Russ.; abstr. in Engl.).

3. Informacionnoe pis'mo № 01/7782-16-27 ot 20.06.2016 g. «O zaboлеваemosti jehinokokkozom i al'veokokkozom v Rossijskoj Federacii» [Information letter No. 01/7782-16-27 dated June 20, 2016 «On the incidence of echinococcosis and alveococcosis in the Russian Federation»].

4. Lysenko A.Ja., Vladimova M.G., Kondrashin A.V., Majori Dzh. Klinicheskaja parazitologija [Clinical parasitology]. Geneva: WHO, 2002. 734 p.

5. Skripenko O.G., Parshin V.D., Shatverjan G.A. et al. Jehinokokkoz pecheni: sovremennye tendencii v hirurgicheskoy taktike [Echinococcosis of the liver: current trends in surgical tactics]. *Annaly hirurgicheskoy gepatologii* [Annals of surgical hepatology], 2011, Vol. 16, no. 4, pp. 34–39. (In Russ.; abstr. in Engl.).

## Контактная информация

**Аракельян Рудольф Сергеевич** – к. м. н., доцент кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии, Астраханский государственный медицинский университет, e-mail: rudolf\_astakhan@rambler.ru