

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

CASE REPORT

DOI: 10.38095/2181-466X-2021981-169-172

УДК 616.36-002.951.21.004.14

ЭХИНОКОККОЗ ПЕЧЕНИ: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

У. Т. Сувонкулов, А. Н. Мамедов, О. Д. Ачилова, Х. Г. Саттарова

Филиал имени Л.М. Исаева Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра эпидемиологии, микробиологии, инфекционных и паразитарных заболеваний, Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: Echinococcus granulosus, ультразвуковая диагностика, иммуноферментный анализ, альбендазол.

Таянч сўзлар: Echinococcus granulosus, ультратовуш текшируви, иммунофермент таҳлили, альбендазол.

Key words: Echinococcus granulosus, ultrasound diagnostics, linked immunosorbent assay, albendazol.

ЖИГАР ЭХИНОКОККОЗИ: АМАЛИЁТДАН КЕЛГАН ҲОЛАТ

У. Т. Сувонкулов, А. Н. Мамедов, О. Д. Ачилова, Х. Г. Саттарова

Республика ихтисослаштирилган эпидемиология, микробиология, юкумли ва паразитар касалликлар илмий-амалий тиббиёт марказининг Л.М.Исаев номидаги филиали

ECHINOCOCCOSIS OF THE LIVER: A CASE FROM PRACTICE

U. T. Suvonkulov, A. N. Mamedov, O.D. Achilova, H. G. Sattarova

L.M. Isaev Branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Epidemiology, Microbiology, Infectious and Parasitic Diseases

Введение. Гидатидозный эхинококкоз относится к группе тяжелых паразитарных заболеваний, что остается серьезной медицинской проблемой мирового масштаба в связи с существованием огромного количества эндемичных очагов и неуклонным ростом числа больных. Эхинококкоз - зоонозное заболевание, вызванное заражением ленточным червем Echinococcus [1, 2, 3, 4, 6, 8, 7, 14]. Люди являются случайными промежуточными тупиковыми хозяевами, инфицированными при проглатывании яиц паразитов в загрязненной пище или при прямом контакте с животными хозяевами. Попадая в слизистую двенадцатиперстной кишки, личинки паразита достигают кровотока и далее заносятся в печень (75%), легкие (15%) или другие участки (сердце, ЦНС, почки (крайне редко: 1-5%), кости, глаза и др.), где продолжает свое развитие [5, 7, 18].

Эхинококкоз широко распространен в мире и встречается на всех континентах, кроме Антарктиды. Высокая частота эхинококкоза в регионах с преимущественным развитием животноводства связана с низким уровнем социально-экономического развития и санитарной культуры населения. В экономически развитых странах рост заболеваемости происходит в основном за счет иммигрантов и развития туризма. В этих регионах, так же как и в эндемичных очагах, врачи часто не готовы к своевременной диагностике и адекватному лечению больных эхинококкозом [10, 11, 12, 13, 15, 16, 17]. Ультрасонография, поддерживаемая серологией, является основным диагностическим методом [14].

В научно-исследовательский институт медицинской паразитологии им. Л.М. Исаева обратилась женщина 1966 года рождения, жительница Кашкадарьинской области, Косонского района, кишлака Дарча. Эпидемиологический анамнез: пациентка проживала в эндемичном по эхинококкозу районе. Семья занимается скотоводством, имеется домашняя собака. До лета 2019 г. считала себя здоровой. В июле почувствовала болезненность в правой половине живота и обратилась в местную частную клинику, где выявили ультразвуковым обследованием на аппарате Medison sonoace – X4, две кисты. В VII сегменте правой доли печени однокамерная жидкостная киста размером 93х75 мм, с выраженной фиброзной капсулой. В IV сегменте – двухкамерная жидкостная киста, размером 101х68 мм. Учитывая большой размер кист, было предложено хирургическое вмешательство, но пациентка от операции отказалась.

При обращении в НИИ паразитологии им Л.М.Исаева (г. Самарканд) в июле 2018 года

состояние удовлетворительное, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхательных движений 20 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, частота сердечных сокращений (ЧСС) 80 уд/мин, АД 120/80 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень при пальпации плотная, с острым краем, безболезненная, не увеличена.

В институте исследования проведены портативным аппаратом (производства Южной Кореи) Alpinion e-cube i7, конвексным датчиком 3,5-5,0 МГц, косым, продольным и поперечным сканированием паренхиматозных органов. В ходе ультразвукового обследования установлено, что эхоструктура печени однородная, эхогенность средняя. Контуры ровные, углы острые. Переднезадний размер правой доли 136 мм, кранио-каудальный размер левой доли - 102 мм. Внутривенные ходы не расширены. Холедох - 5 мм, портальная вена - 11 мм, контуры ровные. В VII сегменте правой доли печени лоцируется однокамерная жидкостная киста размером 95х74 мм с выраженной фиброзной капсулой и в IV сегменте - двухкамерная, размером 102х69 мм. Согласно классификации ВОЗ от 2003 года кисты соответствуют стадии CE1. Со стороны желчного пузыря, поджелудочной железы, селезенки и почек, а также в щитовидной железе эхопатологии не выявлено. Рентгенография органов грудной клетки: свежих очаговых и инфильтративных теней в легких не выявлено.

В общем анализе крови концентрация гемоглобина - 10^9 г/л. Число эритроцитов - $4,1 \times 10^{12}$ /л., тромбоцитов - 354×10^9 /л., лейкоцитов - $6,7 \times 10^9$ /л. Содержание эозинофилов - 2,7%, скорость оседания эритроцитов - 27 мм/час. Общий анализ мочи без патологии.

Впервые проведенное исследование по определению специфических антител в крови к эхинококку однокамерному (IgG) методом ИФА показали результат 0,2 ед. ОП. (график 1)

На основании эпиданамнеза, характера развития заболевания, данных инструментальных исследований и результатов серологических тестов, установлен диагноз – множественный эхинококкоз печени (две кисты, CE-1).

В связи с отказом от оперативного лечения, пациенту была назначена противопаразитарная терапия альбендазолом, в дозе 15 мг/кг/сут per/os. Вес больной составил 53 кг, в день по 800 мг 2 раза с жирной едой принимала альбендазол. В качестве патогенетической терапии использовался гепатопротектор гепанорм 3 раза в день по 1 капсуле за 30 мин до приема пищи, в течение всего периода лечения.

В течение всего лечения был проведен двухнедельный контроль (каждые 2 недели) биохимических показателей крови пациентки (Таб. 1), а также тромбоцитов и эозинофилов в крови. Результатом эффективности проводимого лечения служили данные УЗИ и ИФА крови.

Так, на второй неделе лечения выявили увеличение эозинофилов до 7,7% (N-0.5-5.0%).

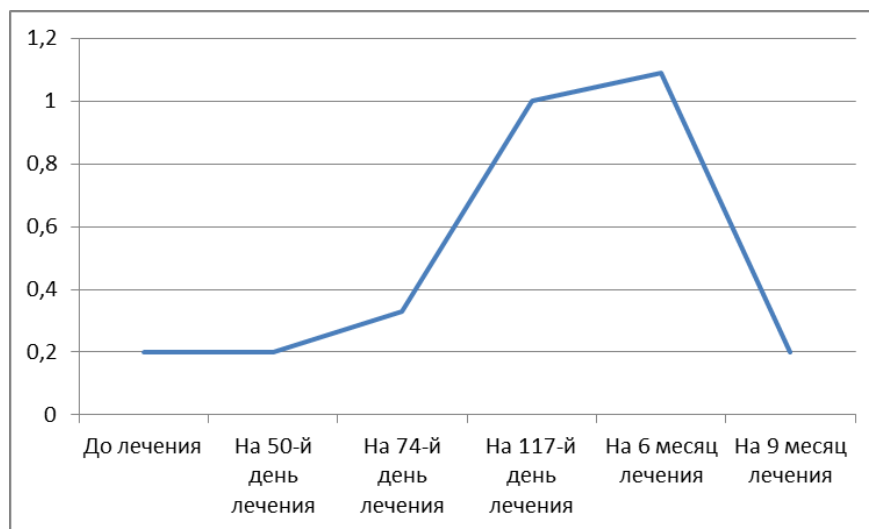


График 1. Динамика единиц оптической плотности иммуноферментного анализа на выявление иммуноглобулина класса G эхинококка.

Таблица 1.

Биохимические показатели крови в динамике .

	До лечения	Через 2 недели	На 35 день
Билирубин, общий, мкмоль/л	10,8	10,6	10,8
Прямой, мкмоль/л	6,4	5,7	5,6
Непрямой, мкмоль/л	4,4	4,9	5,2
Тимолова проба, Ед.	9,8	7,2	8,9 Ед
АлАТ, мкмоль/л	0,94	0,96	0,94
АсАТ, мкмоль/л	0,51	0,61	0,58
Протромбиновое время, сек	14	16	17 сек
Протромбиновый индекс, %	107	100	94%



1а. В IV сегменте размер кисты 81x51 мм



1б. В VII сегменте размер составил 62x60 мм

Рис. 1. На 35-й день лечения в правой доле печени.

Положительная динамика УЗИ наблюдалась после 35 дня лечения. Согласно результатам размер кисты в IV сегменте правой доли печени составил 81x51 мм, в то время как размер кисты в VII сегменте составил 62x60 мм. Стенка хитиновой оболочки начала отслаиваться в обоих случаях. По классификации ВОЗ, состояние обеих кист соответствовали стадии CE1. (Рис.1а,б). На 79-й день лечения: анэхогенные образования с четкими контурами неоднородной внутренней эхоструктурой в IV сегменте размером 31x36 мм и 20x22 мм, а в VII сегменте составил 43x47 мм. По классификации ВОЗ - CE3 (Рис.2а,б).



2а. В IV сегменте размер кисты составил 31x36 мм



2б. В VII сегменте размер кисты составил 43x47 мм и 20x22 мм

Рис. 2. На 79-й день лечения.

Обследование и наблюдение пациентки продолжается.

Заключение. Таким образом, положительная динамика болезни наблюдалась при длительном назначении химиотерапии. Ультразвуковая диагностика является наиболее доступным и информативным методом визуального мониторинга во время длительной терапии эхинококкоза печени [9]. В связи с тем, что до развития осложнений эхинококкоз клинически течет латентно, то для раннего обнаружения заболевания в группах риска необходимо проводить ультразвуковое обследование не реже раза в год, а в районах, где регистрируется высокий уровень заболеваемости 2 раза в год.

Использованная литература:

1. Абдиев Т.А., Эгамбердиев О.А., Абдиев Ф.Т., Саидахмедова Д.Б., Абдусаттаров М.М., Вахобов Т.А., Коваленко Д.А., Махмудова Л.Б. Клиническое руководство по гельминтозам. Т. – 2013
2. Ветшев П.С., Мусаев Г.Х., Бруслин С.В. Эхинококкоз: современное состояние проблемы.// Украинский журнал хирургии. 2013 №3
3. Всемирная организация здравоохранения. Эхинококкоз// Информационная бюллетень от 23 марта 2020 года.
4. Камалова К. Ц., Шрестха Х. К., Котляров П. М. Лучевая диагностика эхинококкоза печени // Вестник Российского научного центра рентгенорадиологии №6 <http://vestnik.rncrt.ru/>
5. Мусаев Г.Х. Диагностика и комплексное лечение гидатидозного эхинококкоза: Дис. дра мед. наук. — М., 2000. — 342 с.
6. Ризаев Ж.А., Мамараджабов С. Э. Сероэпидемиологическое обследование на эхинококкоз жителей Самаркандской области // Материалы II Международной научно-практической онлайн конференции «современные достижения и перспективы развития охраны здоровья населения». 17 июля 2020 г. Ташкент. — С. 59-60.
7. Сергиев В.П., Легоньков Ю.А., Полетаева О.Г. и др. Эхинококкоз цистный (однокамерный): клиника, диагностика, лечение, профилактика // М.: Вектор- Бест, 2008. — 33 с.
8. Сергиев В.П., Лобзин Ю.В., Козлов С.С. Паразитарные болезни человека(протозоозы и гельминтозы). — 2-е изд, испр. и доп. — СПб.: Фолиант, 2011.
9. Стреляева А.В., Абдиев Ф.Т., Мамышева Н.О.и др. К эпизоотологии и эпидемиологии эхинококкоза и печеночного эхинококкоза.//Мед. Паразитол.-2012.-№3.-С 21.
10. Харченко В.П., Камалова К.Ц., Котляров П.М., Шрестха Х.К. Лучевая диагностика эхинококкоза различных локализаций // Материалы 7 Всероссийского форума Радиология-2006-25-28апреля-Москва-С. 255
11. Altintas N. Past to present: Echinococcosis in Turkey // Acta Trop. 2003. V. 85. P. 105–112.
12. Ito A., Okamoto M., Ishiguro T. et al. Short report: An imported case of cystic echinococcosis in Japan diagnosed by imaging and serology with confirmation of Echinococcus granulosus specific DNA sequences // Am. J. Trop. Med. Hyg. 1998. V. 58(6). P. 790–792.
13. Eckert J., Gemmell M.A., Meslin F.X., Pawlowski Z.S. Manual of Echinococcosis in Humans and Animals: a Public Health Problem of Global concern// WHO/OIE. Paris, 2002
14. Eslami A., Hosseini S.H. Echinococcus granulosus infection of farm dogs of Iran // Parasitol. Res. 1998. V. 84(3). P. 205–207.
15. Namita Bhutania, Pradeep Kajalb. Hepatic echinococcosis: A review//Annals of Medicine and Surgery 36(2018) 99-105.
16. Seimenis A. Overview of the epidemiological situation on echinococcosis in the Mediterranean region // Acta Trop. 2003. V. 85. P. 191–195. 54.
17. Sotiraki S., Himonas C., Korkoliakou P. Hydatidosis echinococcosis in Greece // Acta Trop. 2003. V. 85. P. 197–201.
18. Shaikenov B.S., Torgerson P.R., Usenbayev A.E., Karamendin K.O. The changing epidemiology of Echinococcosis in Kazakhstan due to transformation of farming practices // Acta Trop. 2003. V. 85. P. 287–293. 55.
19. Zmerli S, Ayed M, Horchani A, Chami I, El Ouakdi M, Ben Slama MR. Hydatid cyst of the kidney: diagnosis and treatment//World J Surg. 2001; 25:68–74.