

СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ, ВОПРОСЫ КЛАССИФИКАЦИИ И ПАТОФИЗИОЛОГИИ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Назирова Ф.Г., Акбаров М.М., Сайдазимов Е.М., Нишанов М.Ш., Сирожиддинов К.К., Хакимов Ю.У.

ЖИГАРНИНГ АСОРАТЛАНГАН ЭХИНОКОККОЗИ, МУАММОНИНГ ҲОЛАТИ, КЛАССИФИКАЦИЯЛАШ САВОЛЛАРИ ВА ПАТОФИЗИОЛОГИЯСИ

Назирова Ф.Г., Акбаров М.М., Сайдазимов Е.М., Нишанов М.Ш., Сирожиддинов К.К., Хакимов Ю.У.

CONDITION OF A PROBLEM, QUESTIONS OF CLASSIFICATION AND PATHOPHYSIOLOGY OF THE COMPLICATED COURSE OF ECHINOCOCCOSIS OF A LIVER

Nazyrov F.G., Akbarov M.M., Saydazimov E.M., Nishanov M.Sh., Sirojiddinov K.K., Khakimov Yu.U.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. акад. В. Вахидова

Бугунги кунда, шунинч билан айтиш мумкинки, барча гельминтлар гуруҳи орасида одам организми эхинококк сингари зарарлайдиган ва турли кўринишда учрайдигани йўқ. Бундан ташқари, эрта тахислашнинг қийинлиги, даволашда фақат хирургик усуллари қўллаш ҳам бошқа биогельминтлардан фарқлайди. Асоратланган эхинококкози даволашда унинг қайталанишини олдини олишга қаратилган, эхинококкоз кисталарини жигар қисми билан биргаликда резекция кўринишида олиб ташлаш ёки эхинококкэктомия ва уни тўлдирувчи муолажалар қўлланилишига йўналтирилган бўлиши керак.

Калит сўзлар: жигар эхинококкози, асоратланган эхинококкоз, жигар резекцияси.

Today, it is possible to note with confidence that among many diseases from group of helminthoses, there are no others which would affect a human body so hard, would meet so often and in such various manifestations as it takes place at echinococcosis. Besides, difficulties in early diagnostics, application only of surgical ways of treatment define an originality in which it differs biohelminthosis from other diseases. Treatment of the complicated echinococcosis of a liver has to be directed or to radical removal of echinokokkovy cysts together with the site of a liver in the form of a liver resection, or to the echinokokkotomiya or an echinokokkektomiya complemented with any manipulations warning a disease recurrence.

Key words: liver echinococcosis, complicated echinococcosis, liver resection.

Эхинококкоз является тяжелым паразитарным заболеванием, в связи с чем он остается одной из самых актуальных медицинских и социальных проблем во многих странах мира [6,23,25,28,29]. Так, по данным А. Angheben (2017), Италия в настоящее время стоит перед проблемой увеличения числа иммигрантов из Африки к югу от Сахары до Средиземного моря. Авторы отмечают, что еще большему усугублению эпидемиологической обстановки в регионе в отношении эхинококкоза способствует скрытое клиническое течение и неизвестный морфологический характер заболевания. Авторы рекомендуют использовать опыт стран с уже имеющей развитой методологической базой по диагностике и лечению этой патологии [26].

Несмотря на большую работу, проводимую в общегосударственном масштабе, Узбекистан остается зоной эндемического очага по заболеваемости эхинококкозом. По данным Минздрава республики, ежегодный ущерб от эхинококковой болезни в Узбекистане составляет в среднем более 5 млрд сумм [19].

По данным разных авторов, в последние годы отмечается значительный рост эхинококковой болезни в областях Республики Узбекистан, которая поражает довольно значительный контингент населения [14,19,21]. Министерство здравоохранения РУз определяет следующую эпидемиологическую картину эхинококкоза в республике: инвазированность населения по данным серологических реакций составляет от 2 до 8%, уровень пораженности населения паразитом по данным массовых профилактических осмотров с применением ультразвуковой диагностики и флюорографии варьирует от 2 до 10 человек на 1000 населения. Соотношение городских

жителей и жителей села, по данным Ю.Л. Шевченко, Ф.Г. Назырова, составляет 1:3 [25]. Эхинококкоз среди хирургических больных встречается с частотой от 0,72 до 8,2%, при локализации в печени (65%) может происходить быстрый инвазивный рост. На втором месте по частоте локализации эхинококкоза стоят легкие (25%), более редкие локализации: почки, селезенка (4%), головной мозг (2%), эндокринные железы (1%), ЛОР-органы и кости (2%). Описано поражение сердца (0,5-2%) [25].

Единственно эффективным и радикальным методом лечения эхинококковой болезни остается хирургический [25]. В процессе хирургического лечения эхинококкоза любой локализации решается несколько задач: тактика по отношению к паразиту, фиброзной капсуле и органу-носителю [25]. Успех хирургического лечения определяется также стадией заболевания, анатомо-топографическим расположением паразита, размерами кист, наличием осложненных форм, возрастом больного, состоянием иммунологических сил организма и наличием сопутствующих заболеваний [1,4,12,14].

Как известно, о радикальности хирургического лечения эхинококкоза судят по отсутствию рецидивов заболевания. По разным данным, рецидивирующий эхинококкоз печени встречается у 3-54% оперированных больных [2-4,14,17,18,30].

По мнению М.Ю. Гилевича (1987), рецидивом эхинококкоза следует называть возврат характерного симптомокомплекса заболевания после хирургического вмешательства, при котором была исключена возможность первично-множественного или сочетанного поражения вследствие нерадикальности операции или нарушения её технических приёмов, приведших к диссеминации зародышевых элементов материнской гадатиды. Автор от-

мечает, что рецидивы возникают в основном в течение первых лет после операции, количество их уменьшается к концу первого десятилетия.

И.Г. Ахмедов [4] под рецидивом понимает заболевание, обусловленное развитием эхинококкоза любой локализации и в любые сроки после хирургического лечения. Согласно исследованиям автора, в зависимости от большей вероятности того или иного фактора рецидивный эхинококкоз в свою очередь может быть подразделен на преимущественно резидуальный, преимущественно имплантационный, преимущественно метастатический и преимущественно реинвазивный.

В случаях множественных рецидивных форм, особенно при многократных рецидивах, наряду с погрешностями дооперационных методов исследования, немаловажную роль в природе резидуальности эхинококкоза играет выраженность спаечного процесса, распространенность поражения, кровопотеря, тяжесть состояния больного. Данные некоторых авторов говорят о том, что эти факторы, несомненно, усложняют ход самой операции и радикальность удаления всех эхинококковых кист (ЭК), поэтому в этих случаях необходимы многоэтапные оперативные вмешательства [7,24,30].

Несмотря на большое число исследований, посвященных эхинококкозу печени (ЭП), до настоящего времени нет единой клинической классификации, которая могла бы стать ключевой при выборе оптимальной тактики лечения и определении прогноза заболевания. Многие предложенные классификации ЭП отличаются по тому или иному приоритетному признаку. Это – стадия развития и проявления паразита, локализация ЭК в печени и других органах, размеры кист и их осложнения, степень жизнеспособности кисты по данным современных исследований.

В клиническом течении ЭП большинство авторов отмечают три стадии: первая – бессимптомная, с момента проникновения зародыша паразита в организм до появления первых симптомов болезни; вторая – стадия клинических проявлений; третья – осложнений, возникающих вследствие перфорации кисты в билиарный тракт или бронхиальное дерево, нагноения, прорыва в плевральную или брюшную полость и т. д. [16,23,27,31,34].

Классификации эхинококкоза, предложенная О.Б. Милоновым, А.А. Бабуром в 1985 г., во многом отражает все многообразие клинических проявлений ЭП, которые зависят от таких факторов, как возраст больных, состояние иммунной системы, количество, размеры и локализация ЭК, наличие сопутствующих заболеваний. На современном этапе нельзя считать достаточным диагноз «эхинококкоз печени». Клинический диагноз должен носить развернутый характер с рядом характеристик эхинококкоза, определяющих хирургическую тактику. Можно с уверенностью полагать, что единая и стабильная классификация ЭП вряд ли когда-либо появится, поскольку наши знания о течении заболевания, методах его диагностики и лечения постоянно изменяются.

Так, наиболее рациональной, отражающей свойства эхинококка, представляется классификация М.Ю. Гилевича (1987):

I. Первичный эхинококкоз: локальный эхинококкоз органа или тканей; первично-множественный эхинококкоз отдельного органа или тканей; сочетанный различных полостей, органов и тканей; спонтанно диссеминированный, генерализованный эхинококкоз (грудной, брюшной полостей и др.).

II. Повторный эхинококкоз в результате реинвазии паразита (с аналогичной локализацией поражения).

III. Резидуальный эхинококкоз (локальный, первично-множественный, сочетанный, генерализованный и т. д.).

IV. Рецидивный эхинококкоз: единичный, множественный; рецидивы в ранее оперированных полостях, органах и тканях; рецидивы с повторно-множественным поражением; с сочетанным поражением; рецидивы однократные и многократные.

V. Неосложненный и осложненный эхинококкоз (первичный, повторный, резидуальный, рецидивный).

Некоторые авторы отмечают, что в настоящее время с абсолютным доминированием для визуализации ЭК лучевых методов, с одной стороны, и с неуклонным развитием малоинвазивных методов лечения и антипаразитарной химиотерапии, с другой, появляется необходимость в создании классификации, пригодной для разработки алгоритмов последовательности и выбора тактики лечения ЭП [10]. Так, многие авторы используют классификацию Н. Gharbi (1981), которая в значительной степени помогает определиться с выбором метода хирургического лечения, способом антипаразитарной обработки кисты при операции и некоторыми другими вопросами.

Определенный клинический интерес представляют варианты унифицирования классификации Н. Gharbi. Так, У.Б. Шарипов (2011) сонографические признаки увязал со стадией развития ЭК, то есть с ее жизнеспособностью.

Следует отметить, что во все времена особое внимание исследователи уделяли осложненным формам ЭП. Это обусловлено тем, что в силу разных обстоятельств эта стадия является периодом наиболее яркого клинического проявления болезни, поэтому среди госпитализируемых по обращаемости преобладают больные именно с этой стадией болезни [5,9].

Внимания заслуживает классификация Ф.Г. Назырова и соавт. (2005), в которой особое место уделено осложненным формам эхинококкоза печени. Так, согласно этой классификации, к осложненным формам относятся нагноение кисты; прорыв в билиарные протоки (1-й тип – с выраженной клиникой, 2-й тип – со стертой клиникой, 3-й тип – бессимптомный); прорыв в брюшную полость; прорыв в плевральную полость; сдавливание желчных путей с механической желтухой; портальная гипертензия; обызвествление; сочетанные осложнения; редкие виды осложнений [19].

Своеобразные особенности структуры билиарного аппарата, ее взаимоотношение с эхинококковой кистой в процессе ее роста предрасполагают к частому развитию осложнений, которые можно разделить на печеночно-билиарные, внутрибрюшные и внутригрудные [25].

По данным Р.М. Агаева (2003), поражения желчных протоков при эхинококкозе печени реализуются на уровне сегментарных (внутренние цистобилиарные и желчно-бронхиальные свищи) и печеночных протоков (прорыв эхинококковых кист в желчные протоки, сдавление последней кистой и рубцовые стриктуры желчных протоков).

Ф.И. Махмадов (2010) считает, что основными причинами осложнения эхинококкоза печени являются атипичное клиническое течение заболевания, поздняя обращаемость больных, большая площадь поражения паренхимы печени и снижение резервных возможностей печени. По мнению большинства клиницистов, одним из факторов развития осложнений является бессимптомное течение эхинококковой болезни [1,13,14,25]. В связи с этим исследование прогностических факторов развития осложнений является актуальной задачей. Так, интересными являются исследования по морфологическому прогнозу развития осложнений. Описаны морфологические модификации однокамерного эхинококка [11]. Кисты *E. vogelinoi* содержат только гидатидную жидкость и выводковые капсулы, дочерних ларвоцист не имеют. Они отличаются наибольшим давлением гидатидной жидкости, что обуславливает опасность прорыва в окружающие органы.

Кисты *E. hominis* содержат жидкость, протосколексы, выводковые капсулы, дочерние и внучатые ларвоцисты. Для них характерно невысокое давление жидкости и «феномен экзогенного роста». *E. acrophalocystis* чрезвычайно редко встречается у человека, не имеет выводковых капсул и протосколексов, может содержать «стерильные» дочерние ларвоцисты.

По данным Ф.И. Махмадова [13], наиболее часто встречающимися осложнениями эхинококкоза печени являются нагноение кисты (72,4%), прорыв кисты в желчные пути (14,7%), а также обызвествление (5,3%), прорыв кисты в грудную полость (1,1%) и в свободную брюшную полость (0,8%). Автором установлено, что основными причинами осложнения эхинококкоза печени являются атипичное клиническое течение заболевания, поздняя обращаемость больных, большая площадь поражения паренхимы печени и снижение резервных возможностей печени.

По данным Д. А. Джабраилова (2009), погибшие эхинококковые кисты, кальциноз фиброзной капсулы, «псевдосолитные» формы поражения обуславливают высокий риск формирования цистобилиарных свищей (ЦБС). Частота формирования ЦБС не зависит от метода хирургического вмешательства и практически одинакова при минимальных и открытых вмешательствах (соответственно 21,7 и 19,9%).

Ряд авторов, изучив патогенез эхинококкоза, обнаружили зависимость развития гигантских, множественных и осложнённых форм эхинококкоза от иммунного статуса организма человека. Все они едины во мнении об имеющемся приобретенном иммунодефиците у больных с ЭП, который обусловлен подавлением всех звеньев иммунитета – клеточного, гуморального и неспецифического, на фоне выраженной аллергизации организма [8,11,14,15,22,32].

Таким образом, современные воззрения на классификацию и патофизиологию осложненного ЭП на протяжении последних 20-30 лет не претерпели существенных изменений, но были дополнены в соответствии с появлением высокотехнологичной диагностической аппаратуры. На сегодняшний день также нет исследований по анализу всего спектра осложнений ЭП, до конца не определены причинно-следственные связи развития последних, зависимость их от локализации, размеров и жизненного цикла паразита.

На наш взгляд, изучение и детализация особенностей осложненного течения ЭП с использованием всего спектра лучевой диагностики и эволюции хирургического лечения ЭП может значительно повлиять на оптимизацию хирургической тактики при данной патологии.

Литература

1. Агаев Р.М. и др. Принципы диагностики и лечения эхинококкоза печени // *Анналы хир.* – 2005. – №1. – С. 54-60.
2. Алиев М.А. и др. Морфологическая оценка эффективности обработки остаточной полости печени комбинированным способом после эхинококкэктомии // *Анналы хир. гепатол.* – 2006. – Т. 11, №3. – С. 178-179.
3. Альперович Б.И. и др. Хирургическое лечение рецидивного эхинококкоза печени // *Анналы хир. гепатол.* – 2006. – Т. 11, №1. – С. 7-10.
4. Ахмедов И.Г. Рецидив эхинококковой болезни: патогенетические аспекты, профилактика, ранняя диагностика и лечение (экспериментально-клиническое исследование): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Махачкала, 2005. – 40 с.
5. Багаудинов Г.М. Лечение тяжелых форм осложненного эхинококкоза печени: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2001. – 11 с.
6. Ветшев П.С. Эхинококкоз: современный взгляд на состояние проблемы // *Анналы хир. гепатол.* – 2006. – Т. 11, №1. – С. 111-117.
7. Гилевич М.Ю., Милонова В.И., Филимонова Т.Ю. Лабораторная и инструментальная диагностика эхинококкоза при проведении диспансеризации и хирургическом лечении // *Хирургия.* – 1990. – №6. – С. 115-119.
8. Гульмурадov Т.Г., Саидов Р.Х., Паллаев М.Г. Низкочастотный ультразвук и препарат Уре-Султан в лечении нагноившегося эхинококкоза печени // *Анналы хир. гепатол.* – 2003. – Т. 8, №2. – С. 286.
9. Иванов С.А., Котиг Б.Н. Ультразвуковое исследование в хирургии эхинококкоза печени // *Вестн. хир.* – 2001. – Т. 160, №3. – С. 73-76.

10. Икрамов А.И. Комплексная лучевая диагностика и выбор метода хирургического лечения эхинококкоза легких и печени: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Ташкент, 2003. – 33 с.

11. Ильхамов Ф.А. Совершенствование традиционных и разработка новых методов хирургического лечения эхинококкоза печени: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Ташкент, 2005. – 32 с.

12. Комилов Т.С. Совершенствование методов диагностики и хирургического лечения эхинококкоза печени у лиц пожилого и старческого возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ташкент, 2008. – 22 с.

13. Махмадов Ф.И. Пути улучшения результатов хирургического лечения осложненного эхинококкоза печени: Дис. ... д-ра мед. наук. – Душанбе, 2010. – 32 с.

14. Махмудов У.М. Современные аспекты профилактики и хирургического лечения рецидивных и резидуальных форм эхинококкоза печени и брюшной полости: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ташкент, 2004. – 22 с.

15. Машурова Е.В. Цитокиновый портфель при эхинококкозе печени: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2008. – 18 с.

16. Меджидов Р.Т. и др. Хирургическое лечение абдоминального эхинококкоза // *Анналы хир. гепатол.* – 2007. – №2. – С. 43-48.

17. Мирходжаев И.А. и др. Хирургическое лечение рецидивных форм эхинококкоза печени // *Анналы хир. гепатол.* – 2008. – Т. 13, №3. – С. 63.

18. Мусаев А.И. и др. Профилактика рецидива эхинококкоза печени // *Анналы хир. гепатол.* – 2006. – Т. 11, №3. – С. 216-216.

19. Назыров Ф.Г., Ильхамов Ф.А. Классификация эхинококкоза печени // *Анналы хир. гепатол.* – 2005. – Т. 10, №1. – С. 121.

20. Назыров Ф.Г., Ильхамов Ф.А., Атабеков Н.С. Эхинококкоз в Узбекистане // *Мед. журн. Узбекистана.* – 2002. – №2-3. – С. 2-5.

21. Очилов У.Б. Пути улучшения результатов хирургического лечения эхинококкоза печени: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Ташкент, 2005. – 29 с.

22. Розенсон Р.И. Аллергический и иммунодефицитный синдром у больных эхинококкозом // *Эхинококкоз и очаговые заболевания паренхиматозных органов человека: Сб. тр науч.-практ. конф.* – Шымкент, 1998. – С. 112-113.

23. Садиков О.Ж. и др. Результаты хирургического лечения эхинококкоза печени и брюшной полости // *Анналы хир. гепатол.* – 2008. – Т. 13, №3. – С. 259-260.

24. Слетков Н.А. Особенности прогнозирования, диагностики и хирургического лечения рецидивов эхинококкоза: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Нальчик, 2006. – С. 10-11.

25. Шевченко Ю.Л., Назыров Ф.Г. Хирургия эхинококкоза. – М.: Династия, 2016. – 287 с.

26. Angheben A., Mariconti M., Degani M. et al. Is there echinococcosis in West Africa? A refugee from Niger with a liver cyst // *Parasit Vectors.* – 2017. – Vol. 10, №1. – P. 232.

27. Balkan A. et al. Thoracobiary fistula due to hydatid cyst // *Turk. J. Gastroenterol.* – 2006. – Vol.17, №3. – P. 240-241.

28. Cetinkaya Z. et al. A sero-epidemiologic study on cystic echinococcosis in midwestern region of Turkey // *Saudi Med. J.* – 2005. – Vol. 26. – P. 350-351.

29. Durakbasa C.U. et al. An audit on pediatric hydatid disease of uncommon localization: incidence, diagnosis, surgical approach, and outcome // *J. Pediatr. Surg.* – 2006. – Vol. 41, №8. – P. 1457-1463.

30. Jerraya H., Khalfallah M., Osman S.B. et al. Predictive factors of recurrence after treatment for liver hydatid cyst // *Surg. Endosc.* – 2015. – Vol. 29, №1. – P. 86-93.

31. Msaad S., Yangui I., Ketata W. et al. Hydatid cysts of the liver ruptured into the thorax (about five cases) // *Rev. Pneumol. Clin.* – 2015. – Vol. 71, №5. – P. 255-263.

32. Siracusano A., Ioppolo S., Ortona E. IgE and IgG-subclass antibody responses in the follow up of pharmacologically treated patients // *Abstract book of XX International Congress of hydatidology.* – Turkey, 2001. – P. 56.

33. Tiseo D. et al. Cystic echinococcosis in humans: our clinic experience // *Borgia G Parassitol.* – 2004. – Vol. 46. – P. 45-51.

34. Toumi O., Noomen F., Salem et al. Intraoperative rupture of hydatid cysts // *Europ. J. Trauma Emerg. Surg.* – 2017. – Vol. 43, №3. – P. 87-91.

СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ, ВОПРОСЫ КЛАССИФИЦИРОВАНИЯ И ПАТОФИЗИОЛОГИИ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Назирова Ф.Г., Акбаров М.М., Сайдазимов Е.М., Нишанов М.Ш., Сирожиддинов К.К., Хакимов Ю.У.

На сегодняшний день можно с уверенностью констатировать, что среди многих болезней из группы гельминто-

зов нет других, которые поражали бы организм человека так тяжело, встречались бы так часто и в таких разнообразных проявлениях, как это имеет место при эхинококкозе. Кроме того, трудности в ранней диагностике, применение только хирургических способов лечения определяют своеобразие, которым отличается это биогельминтоз от других заболеваний. Лечение осложненного эхинококко-

за печени должно быть направлено либо на радикальное удаление эхинококковых кист вместе с участком печени в виде резекции печени, либо на эхинококкотомию или эхинококкэктомию, дополненную какими-либо манипуляциями, предупреждающими рецидив болезни.

Ключевые слова: эхинококкоз печени, осложненный эхинококкоз, резекция печени.

