

**Новиков Сергей Валентинович** - врач-хирург высшей категории, к.м.н., врач УЗД, специалист по минимально инвазивным хирургическим вмешательствам под контролем ультразвука НИИ СП им.Н.В.Склифосовского, г.Москва

## **ЭТО НЕОБХОДИМО ЗНАТЬ ПАЦИЕНТАМ ОБ ЭХИНОКОККОЗЕ**

### **Кому и когда необходимо сдавать анализы на эхинококк?**

Если еще лет двадцать назад я бы уверенно сказал, что регулярно сдавать анализы на эхинококк имеет смысл только жителям в регионах, где он является эндемичным заболеванием. [Список этих регионов несложно найти в интернете, в т.ч. и на нашем сайте](#). Но в настоящее время внутренняя и внешняя миграция, как людей, так и товаров не ограничена, и граждане РФ активно посещают эндемичные по эхинококку регионы нашей страны, так и страны дальнего и ближнего зарубежья. Из этих эндемичных регионов РФ и зарубежья массово поступают в наши магазины и рынки изделия и продукты, имеющие большой риск обсеменения яйцами эхинококка. Так, что обнаружение эхинококковых кист у жителей Москвы, Подмосковья, Ст-Петербурга, даже у тех, кто никогда не посещал эндемичных регионов, перестало быть редкостью. Напомню жителям севера нашей страны, что у эхинококка есть несколько разновидностей, в т.ч. и северный вариант. То есть эхинококк характерен не только для южных стран и регионов. Так что сдавать анализы на эхинококк имеет реальный практический смысл при выявлении кист и объемных образований внутренних органов, общей симптоматики гельминтозов вне зависимости от эндемичности района проживания.

**Самое большое количество вопросов возникает по поводу интерпретации [лабораторных анализов на эхинококк](#). Проблема возникает тогда, когда при стандартном обследовании в анализах крови на глистную инвазию неожиданно получают положительный ответ на эхинококк. Как действовать в этой ситуации родителям детей и взрослым пациентам?**

Действительно, ситуация с анализами непростая. Родители, получив такой анализ крови у ребенка, впадают в панику.

Важно [сдавать анализы в тех лабораториях](#), где результат на определение IgG к эхинококку выдают не в виде слов:

ОТРИЦАТЕЛЬНО/СОМНИТЕЛЬНО/ПОЛОЖИТЕЛЬНО, а в виде цифр, иначе называемых титром антител к эхинококку. Т.е. в каком разведении определяются антитела к эхинококку – IgG. Чем выше разведение, тем выше вероятность наличия эхинококка. Так что прежде чем сдавать анализы поинтересуйтесь, в каком виде выдаются результаты. Доктор сможет ориентироваться на анализ только в количественном выражении. Дело в том, что анализ на эхинококк не является 100% специфичным. Другими словами, при наличии в организме антител к другой глистной инвазии анализ может оказаться положительным, сомнительным, а если в цифровом выражении, то 1:100, 1:200 или 1:400.

Но! Что самое главное!

Анализ крови в диагностике эхинококкоза имеют важное, но не определяющее значение!

**Первое.** Положительный или сомнительный анализ крови на эхинококк требует проведения исследования печени, легких, головного мозга доступными методами визуализации - УЗИ/МРТ/КТ.

**Второе.** Эхинококк у человека существует только в виде кисты. Если при перечисленных исследованиях в организме не обнаруживается никакого кистозного или солидного новообразования, то с уверенностью можно заключить, что у пациента нет эхинококка.

**Третье.** Отрицательный результат анализов не исключает наличия эхинококка. Любое клиническое подозрение требует проведения исследования печени, легких, головного мозга доступными методами визуализации УЗИ/МРТ/КТ.

**Четвертое.** Эхинококковая киста в организме в процессе жизнедеятельности трансформируется и может самопроизвольно погибнуть, изменившись настолько, что при УЗИ/МРТ/КТ может имитировать опухоль.

**Пятое.** Эхинококк – паразитарное заболевание, которое [лечится хирургическим путем](#) и с помощью химиотерапии специализированными противопаразитарными (сколецидными) препаратами. Вылечить эхинококк самостоятельно, народными или иными средствами, биорезонансными методами и прочими гуляющими в интернете "панацеями" невозможно. А вот запустить эхинококк, вырастить эхинококковую кисту до 20-30 см, дожидаться осложнений в виде нагноения, прорыва эхинококка в желчные протоки, в сосуды, в брюшную полость вполне реально. И даже без этих осложнений эхинококк может вызвать незаметные внешне, необратимые изменения в органах, с которыми потом можно и не справиться.

Исходя из этого, пациенту не следует самостоятельно пытаться разобраться в этой сложной проблеме. Необходимо обратиться к [специалисту](#), занимающемуся непосредственно диагностикой и хирургическим лечением эхинококка, который ежедневно проводит дифференциальную диагностику эхинококка и других похожих заболеваний, оперирует, наблюдает пациентов после лечения.

Таким образом, получив положительный или сомнительный качественный результат анализов на эхинококк – пересдайте анализ крови [в другой лаборатории](#) и получите результат, выраженный количественно. Выполните [УЗИ печени и других органов брюшной полости и забрюшинного пространства](#). [Обратитесь к врачу, специализирующемуся на лечении эхинококка.](#)

### **В каких органах все-таки возможно обнаружить эхинококк?**

Если ответить коротко – эхинококк можно обнаружить в любых органах и тканях. В первую очередь это печень (до 75%), далее по убывающей – легкие (15%), головной мозг (5%) и все остальные органы и ткани. Эхинококк обнаруживается в сердце, в почках, в мышцах, в костях, в любом самом неожиданном месте.

В каждом органе эхинококк имеет свои особенности роста. Все они опасные для жизни и требуют своевременного хирургического лечения и химиотерапии по индивидуальным показаниям.

**Часто выявляются эхинококковые кисты маленькие 1-2-3 см в диаметре. Анализы положительные/сомнительные или отрицательные на эхинококк и врачи рекомендуют подождать годик два, пока киста вырастет?**

В такой ситуации главное выяснить на начальном этапе, какое происхождение имеют выявленные кисты.

Если это простые серозные кисты, то действительно, достаточно просто наблюдаться – один раз в году проводить УЗИ и фиксировать количество кист (могут выявляться новые) и размеры каждой. Возможно, лет через 5-10-15 какой-то из серозных кист потребуются пункционное лечение.

Если есть подозрение на эхинококковый характер кисты до 3 см диаметром, то следует уточнять диагноз и при его подтверждении проводить химиотерапию.

Дело в том, что эхинококковые кисты до 3 см в диаметре хорошо подвергаются лечению специальными препаратами. Эхинококк погибает, киста трансформируется, оболочка отслаивается, и эхинококк перестает расти, превращаясь в жидкостное образование печени, которое постепенно фиброзируется и кальцинируется. Опасности оно представлять не будет, и оперативное лечение проводить не потребуется.

Но следует постоянно проводить наблюдение, так как в случае неэффективности химиотерапии, а такое вполне возможно, необходимо сразу проводить [минимально инвазивное хирургическое вмешательство](#). Ждать год-два-три, пока эхинококк вырастет до 5-10 см, как иногда рекомендуют врачи, категорически не следует. Чем меньше эхинококковая киста – тем быстрее можно с ней справиться минимально инвазивными средствами.

### **Какие показания для чрескожных минимально инвазивных методов лечения эхинококкоза под УЗИ?**

Специально, чтобы не подумали, будто я перетягиваю на себя "одеяло" с открытых хирургических методов лечения, приведу цитату из рекомендаций ВОЗ по чрескожной хирургии эхинококкоза (позволю себе только обработать перевод с английского, если кому интересно посмотреть первоисточник - [отошлю по ссылке](#)):

#### Показания:

Пациенты с:

- Эхинококком больше 5 см в диаметре (CE1);
- Эхинококком с дочерними кистами (CE2), и/или с несколькими перегородками, мембранами (CE3);
- Множественными эхинококками, если доступны;
- Инфицированными (нагноившимися) эхинококковыми кистами;

Также:

- Эхинококк у беременных женщин;
- Эхинококк у детей старше 3 лет;
- Пациенты, у которых эхинококки менее 5 см не реагируют на химиотерапию;
- Пациенты с эхинококком, которым противопоказана открытая операция;
- Пациенты с эхинококком, которые отказываются от открытой операции;
- Пациенты с рецидивом эхинококка после открытой операции;

Как видите, вопреки общепринятому среди наших хирургов мнению, именно большие эхинококки, эхинококки с множественными дочерними пузырями, множественные эхинококковые кисты, осложненные нагноившиеся эхинококковые кисты, эхинококки у детей являются показаниями к выполнению [минимально инвазивной чрескожной закрытой методики эхинококкэктомии!!!](#) Но наши пациенты

этого не знают и не пытаются узнать до предложенной им открытой операции, а уже только после появления рецидива начинают задумываться об этом, а некоторые после нескольких открытых операций по поводу рецидива эхинококка. Некоторые пациенты или их родственники связываются со мной тогда, когда их уже госпитализировали и операция назначена через несколько дней. Другие пациенты перенесли открытую операцию, нарушили (или не знали) график наблюдения после операции и спустя 5-10 лет после операции обнаруживают, случайно, у себя рецидив эхинококка, и только тогда начинают искать альтернативные открытой операции методы лечения.

Что мешает людям узнать всю информацию до первой операции я затрудняюсь. Есть несколько версий ответа:

1. Пациенты конечно ничего не знают об иных, чем открытая операция, минимально инвазивных методах лечения эхинококкоза и не получают, от назначившего открытую операцию врача, альтернативной информации;
2. Врачи тоже ничего не знают об иных, чем открытая операция, минимально инвазивных методах лечения эхинококкоза и не информируют пациента о них;
3. Врачи знают, но намеренно не информируют пациента или искажают информацию об эффективности и безопасности минимально инвазивных чрескожных методах лечения эхинококкоза под УЗИ;

Но, при этом у меня нет ответа, почему ни пациенты, ни врачи, не пытаются получить [второе экспертное мнение](#) по диагностике и современным органосохраняющим [минимально инвазивным методам лечения эхинококкоза](#) у специалистов данного профиля.

### **Сколько времени следует наблюдаться после миниинвазивного чрескожного хирургического лечения эхинококка под УЗИ?**

Независимо от типа проведенного хирургического лечения: открытой операции с удалением эхинококковой кисты, резекцией печени или минимально инвазивного лечения под УЗИ, следует наблюдаться не менее двух лет. Оптимально - от двух до пяти лет, в зависимости от конкретной клинической ситуации. А по рекомендациям ВОЗ - 10 лет.

По рекомендациям ВОЗ все гораздо серьезней, чем даже мы себе представляем и пытаемся несколько оптимизировать контроль после операции и не делать лишние, как нам кажется исследования после лечения.

Согласно рекомендациям ВОЗ, после чрескожного удаления эхинококка следует проводить:

- в течение 1-го месяца еженедельное УЗИ, биохимия крови;
- в течение 1-го года ежемесячно УЗИ, биохимия крови, титр антител в крови;
- в течение следующих 9-ти лет ежегодное УЗИ, биохимия крови, титр антител в крови;
- каждые два года после операции - рентгенография органов грудной клетки;
- через 5-ть и через 10-ть лет после операции КТ всего тела.

Мы рекомендуем: в первый год не реже одного раза в три месяца проходить УЗИ и сдавать кровь на эхинококк (только если до операции титр антител к эхинококку

был повышен не менее чем в четыре раза). По окончании первого года наблюдения, выполнить МРТ.

Второй год обследоваться можно реже: один раз в четыре-шесть месяцев. По окончании двухлетнего периода – контрольное МРТ.

Если через два года наблюдений новых кист не обнаружится и в анализах титр антител расти не будет, то можно считать, что от эхинококка удалось избавиться.

Но окончательно успокаиваться не следует. Эхинококк очень коварен. До пяти лет необходимо не реже раза в год проводить УЗИ, а между исследованиями выполнять анализ крови с титром антител.

Напомню, что по рекомендациям ВОЗ срок наблюдения - 10 лет!!! После которого при отсутствии рецидива можно успокоиться.

У нас в стране и в странах ближнего зарубежья врачи пациентам не разъясняют обязательность послеоперационного наблюдения, не говоря уже о графике и типах исследования после операции. И не удивительно, что после тяжелой операции счастливые пациенты или вообще не наблюдаются или через год-два забывают это делать, а потом, спустя пять и более лет при случайно обнаруживается рецидивный эхинококк, иногда уже погибший или осложненный.

Напомню, желательно наблюдаться у [специалиста](#), который занимается эхинококком постоянно и разбирается в нюансах послеоперационной трансформации эхинококковой кисты, особенностях ультразвуковой картины остаточной полости, послеоперационных осложнений, рецидива эхинококка. Очень сложно, порой, на фоне остаточной полости после открытой операции интерпретировать рецидив эхинококка.

**Есть ли какой-нибудь [метод лечения, гарантирующий предупреждение рецидива эхинококка?](#)**

Нет такого метода лечения, ни одного здравомыслящего врача, который даст 100% гарантию на лечение без рецидива.

У вопроса есть две стороны:

1. Статистика – после какого метода лечения рецидивов меньше?
2. Риск операции – какой из методов хирургического лечения имеет наименьший риск осложнений, летальности при первом выявлении эхинококка? И при всех возможных последующих, т.е. при рецидиве?

Несомненно, риски минимально инвазивного лечения значительно меньше, чем при открытой операции на печени.

[Открытая операция всегда выполняется под общим наркозом, который имеет свои опасности и осложнения \(см. сравнительную таблицу на главной странице сайта\).](#)

Открытая операция при эхинококке печени или селезенки характеризуется травмой передней брюшной стенки, возможно нагноение послеоперационной раны, несостоятельность швов передней брюшной стенки с возможной эвентерацией в раннем послеоперационном периоде или формированием грыжи передней брюшной стенки в поздние сроки.

Во время открытой операции при эхинококке травмируется брюшина, и образуются спайки, часть из них рассосется, а часть останется и возрастает риск спаечной болезни, кишечной непроходимости.

Во время операции на ткани печени при эхинококке возможны – кровопотеря, желчеистечение, а после операции – абсцессы брюшной полости, нагноение остаточной полости в печени, желчный свищ.

И с каждой последующей открытой операцией по поводу рецидива эхинококка риск перечисленных и иных осложнений начинает нарастать как снежный ком.

Пациент становится нетрудоспособным, и риск для жизни многократно возрастает.

Все иначе выглядит при [минимально инвазивном методе хирургии эхинококка под УЗИ](#). Операция под местной анестезией, минимальный срок госпитализации, пациент в основном находится на амбулаторном лечении и наблюдении и может выходить на работу уже в процессе лечения эхинококка, если в этом есть потребность.

И в случае, если пациент будет регулярно проводить контрольные обследования, и выявится рецидив эхинококка, то с ним можно справиться относительно быстро – если меньше 3 см, то химиотерапия или однократная пункция с обработкой кисты противопаразитарными препаратами, или новая минимально инвазивная операция под УЗИ, если выявится эхинококковая киста больше 3 см.

Так что гарантий никто не дает, но и риски несопоставимые!

### **Эхинококк может выглядеть [как опухоль](#)? Каким образом?**

Как я уже говорил, эхинококк в процессе своей жизнедеятельности трансформируется, он растет, капсула эхинококковой кисты утолщается, изменяются ткани вокруг эхинококка, возникают изменения, и осложнения в структурах, на которые оказывает воздействие эхинококк (желчные протоки сдавливаются, сосуды тромбируются и т.д.) на определенном этапе питания эхинококку не хватает, и он погибает, значительно изменяется его УЗ- и компьютерное изображение, кальцинируется капсула, фиброзируется содержимое. И на определенном этапе становится трудно сходу определить, что это – опухоль или эхинококковая киста на одном из этапов своего жизненного цикла, причем осложненная эхинококковая киста.

Так что без обращения к [специалистам](#) разобраться с эхинококком крайне сложно и тем более сложно выбрать верный способ хирургического лечения. При погибшей и осложненной эхинококковой кисте тактика меняется значительно. Предлагаю обсудить эту проблему в следующий раз, а пока давайте подведем предварительный итог:

1. При любом сомнении, непонятных анализах, выявленных кистозных образованиях и новообразованиях необходимо не откладывая обращаться к специалисту и совместно с ним, в сотрудничестве, проводить уточняющее дообследование и лечение.
2. После лечения эхинококка обязательно оставаться под наблюдением не менее двух лет, не прекращать усилия по активному поиску возможного рецидива.

С уважением, Сергей Новиков

P.S. [В НИИ Скорой помощи им. Н.В.Склифосовского](#) на базе 1-го, 2-го, 3-го хирургических отделений и Городского центра трансплантации печени выполняются все виды хирургических вмешательств на печени (включая трансплантацию), желчевыводящих протоках и на легком при первичном их поражении или по поводу осложнений, перенесенных в иных лечебных учреждениях операций.

Одной из разновидностей сложнейшей хирургической патологии является осложненный эхинококк печени.

Среди осложнений эхинококковой кисты, расположенной в печени наиболее значимы:

- самостоятельная гибель эхинококка в процессе своей жизнедеятельности (интоксикация организма);
- нагноение эхинококковой кисты и образование абсцесса;
- разрыв эхинококковой кисты в свободную брюшную полость (анафилактический шок, бактериальный шок, перитонит, диссеминация паразита);
- прорыв эхинококковой кисты в желчные протоки (шок, холангит, диссеминация паразита);
- прорыв эхинококковой кисты в кровеносную систему печени (кровотечение, шок, эмболия, диссеминация паразита);
- сдавление желчных протоков эхинококковой кистой (механическая желтуха, холангит, билиарный цирроз печени, печеночная недостаточность);
- остаточная полость после открытой эхинококкэктомии с абсцедированием;
- остаточная полость после открытой эхинококкэктомии с желчным свищем (наружным или внутренним);
- рецидив паразитарной кисты после открытой эхинококкэктомии с неоднократной резекцией печени.

Институт располагает всеми необходимыми средствами, оборудованием и специалистами для лечения всех видов осложненного эхинококкоза печени, селезенки, легких и иной локализации.

С уважением, Сергей Новиков