



ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»  
Кафедра эпидемиологии, инфекционных болезней и дерматовенерологии  
Россия, г. Кемерово

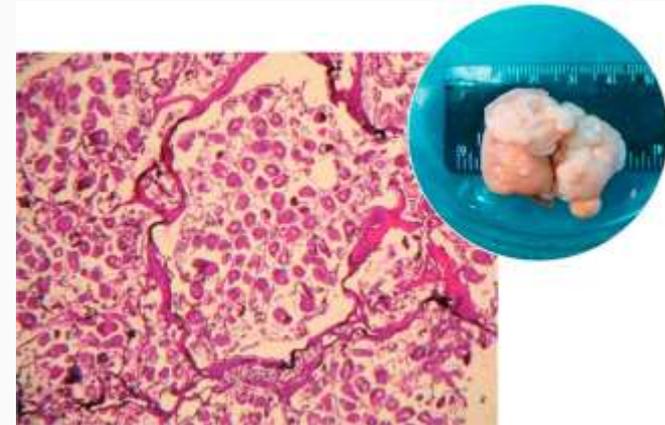
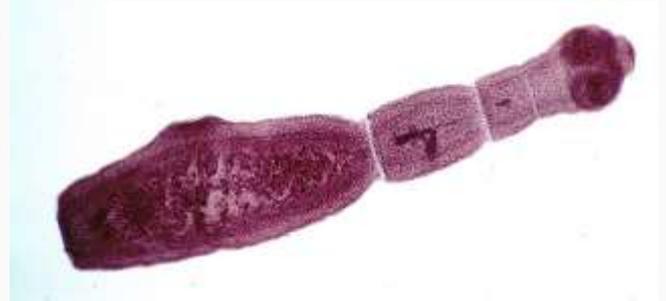
# Альвеококкоз: трудности ранней диагностики

**Авторы:** студенты лечебного факультета Канаева О.А., Фролова Е.С.

**Научный руководитель:** к.м.н., доцент Пивовар О.И.

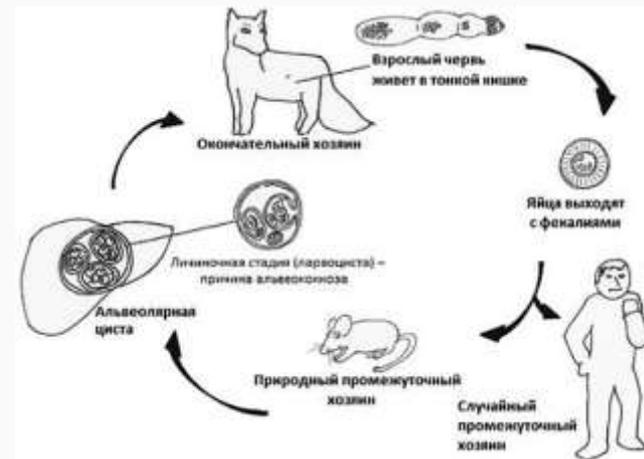
# Актуальность проблемы

- Альвеококкоз вызывает озабоченность клиницистов и паразитологов, так как представляет **значительную опасность для здоровья населения вследствие поражения жизненно важных органов** (печень, почки, головной мозг, легкие).
- На территории РФ регионами с **повышенной заболеваемостью** является Камчатка, Чукотка, Якутия, Магаданская, Кировская, Новосибирская, Омская, Томская области, Хабаровский и Красноярский край.
- **Заболеваемость альвеококкозом в 2019 г. выросла на 33,34% по сравнению с 2018 г.:**  
выявлено 65 случаев альвеококкоза (0,04 на 100 тыс. населения) против 50 случаев (0,03 на 100 тыс. населения) в 2018г.
- Летальные случаи от альвеококкоза регистрируются ежегодно: в 2019 г. – 4 летальных случая (2018 г. – 2 случая).



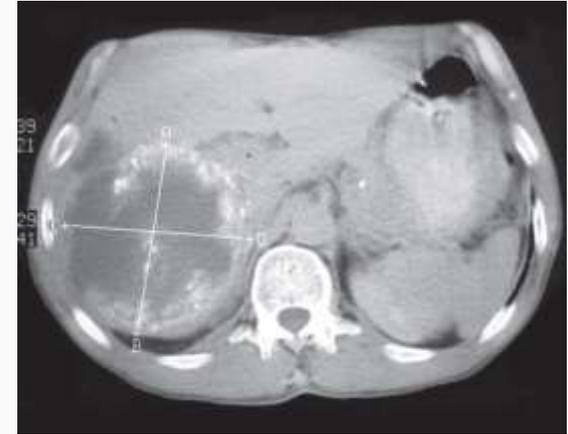
# Актуальность проблемы

- **Альвеококкоз** – паразитарная болезнь, вызываемая ленточным червем *Echinococcus multilocularis* и характеризующаяся тяжелым хроническим прогрессирующим течением, первичным опухолевидным поражением печени с инфильтративным ростом и метастазированием.
- Природным резервуаром и окончательными хозяевами альвеококка являются **дикие** (песцы, лисы, волки) и **домашние** (собаки, кошки) **животные**. Заражение человека происходит при **попадании яиц паразита с пищей** при нарушении личной гигиены и при контакте с шерстью и шкурами диких животных, при сборе лесных ягод.
- **Эпидемиологическая значимость альвеококкоза** определяется широким распространением, тяжелым клиническим течением с множественными поражениями различных органов, приводящими к длительной потере трудоспособности, инвалидизации и летальному исходу.
- В связи с этим важное значение для клиницистов приобретает клиническая и лабораторная **диагностика альвеококкоза на ранней стадии болезни**.



# Течение и диагностика альвеококкоза

- Диагноз альвеококкоза устанавливается на основании **клинической картины, эпидемиологического анамнеза, данных серологических тестов и лучевой диагностики: УЗИ ОБП, рентгенография, КТ и МРТ.**
- **Окончательный диагноз устанавливается интраоперационно с гистопатологическим исследованием биоптата.**
- Клиническое течение альвеококкоза делится на 3 стадии: **начальная стадия**, с опухолевидным ростом паразита; **средняя стадия** с инвазией паразита и прогрессией гепатомегалии; **продвинутая (терминальная) стадия**, сопровождаемая инвазией в другие органы, метастазами, фиброзом узла и холестазом.
- В первые месяцы и годы **альвеококкоз развивается бессимптомно.** Клиническими проявлениями начальной стадии могут быть **неспецифические симптомы**: ноющие тупые боли в правом подреберье и эпигастрии, снижение аппетита, тошнота, слабость, похудание, случайно обнаруживаемая гепатомегалия.



# Диагностика альвеококкоза

- **Основной вид лабораторной диагностики альвеококкоза – серологический** (латекс-агглютинация, РНГА, ИФА). Иммунологические реакции могут давать **ложноположительные и ложноотрицательные результаты**.
- **ИФА с определением IgG к эхинококкам – основной метод.** Чувствительность метода зависит от **расположения паразитарных кист и состояния иммунной системы**. При тотальном поражении органа титр антител в ИФА бывает минимальный.
- Результат ИФА может быть **ложноотрицательным** вследствие слабого иммунного ответа и при определенной локализациями кист паразита (в головном мозге). **Ложноположительная реакция ИФА** может быть при соматических заболеваниях (цирроз печени, онкологические заболевания) и инфекционных болезнях (туберкулез, описторхоз, фасциолез и цистицеркоз).
- Применение **инструментальных методов** диагностики **повысило обнаружение образований печени** у бессимптомных пациентов.
- **УЗИ ОБП** является наиболее доступным скрининг-методом.
- **МРТ** точнее отражает характеристики альвеококкоза.
- **КТ** дает анатомическую и морфологическую характеристику патологического очага.

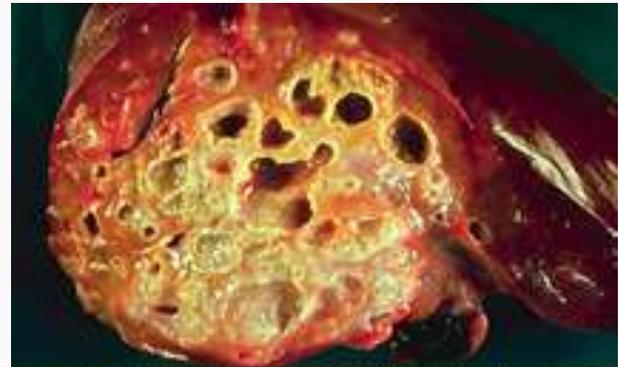


# Диагностика альвеококкоза

- Сложность диагностики альвеококкоза заключается в **схожести со злокачественными опухолями** по причине инфильтративного роста и возможности метастазирования. Тип роста альвеококковой «опухоли» идентичен карциноме печени. Альвеококковая «опухоль» **прорастает в окружающие органы и трубчатые структуры печени**, обладает способностью к рецидиву, **метастазирует по кровеносным и лимфатическим сосудам**. Отличие от новообразований печени заключается лишь в скорости развития процесса – **альвеококковая «опухоль» растет значительно медленнее**.
- В ходе настоящего исследования был **проведен анализ этапов диагностики альвеококкоза на основании изучения амбулаторных карт форм №025/у и стационарных медицинских карт формы №003/у-80 пациентов с альвеококкозом**.



Гепатоцеллюлярная карцинома



Альвеококкоз печени

# 1 Клинический случай альвеококкоза

- Пациент А., 1972 г., житель Крапивинского р-на, впервые обратился в ноябре 2014 г. к терапевту с жалобами на **слабость, чувство стеснения в груди, одышку при нагрузке и тяжесть в правом подреберье.**
- На R-грамме ОГК обнаружена **овальная тень с нечеткими неровными контурами** в проекции S10 справа, напоминающая злокачественную опухоль или метастазы. По УЗИ ОБП – **умеренная гепатомегалия.** В крови лейкоцитоз – 10 тыс., эозинофилия – 6%, СОЭ – **30 мм/ч.,** повышение АЛТ – **61 Ед/л** и ГГТ – **76 Ед/л.**
- В феврале 2015 г. на базе областного онкологического диспансера выполнена атипичная резекция нижней доли правого легкого. При обследовании (ИФА) **обнаружены IgG к антигенам эхинококков (КП – 5,05).** При гистопатологическом исследовании выявлены типичные признаки альвеококкоза, **подтверждено паразитарное поражение легких.** Из эпид. анамнеза было выяснено, что пациент занимается охотой, собирает лесные ягоды.
- Через 2 мес. по данным УЗИ ОБП в паренхиме печени выявлено **изоэхогенное очаговое образование** размером 122x86мм **неоднородной структуры** с гипоехогенным ободком в проекции 5, 6 сегментов. По данным МСКТ **обнаружены признаки объемного образования в правой доле печени, (паразитарная киста?),** выраженная гепатомегалия.
- **DS: альвеококкоз печени. Выполнена правосторонняя гемигепатэктомия.** Гистологическое исследование подтвердило диагноз альвеолярного эхинококкоза печени.

# 1 Клинический случай альвеококкоза

- В июне 2015г. пациент обращается к врачу с жалобами на **периодическую нечеткость и расплывчатость предметов в правом глазу**. Госпитализирован в районное неврологическое отделение.
- По результатам МСКТ головного мозга выявлены **признаки очаговых образований в затылочной доле и области гипоталамуса слева**: единичные, размером от 5-12 мм, разнокалиберные четко отграниченные участки пониженной плотности, округлой формы, с плотными гиперваскулярными стенками, не накапливающие контрастное вещество. Не исключается паразитарная этиология.
- **DS: острая гипертензивная энцефалопатия. Правосторонний рефлекторный гемипарез. Объемное образование в левом полушарии головного мозга, возможно, альвеококковой этиологии.**
- Результат **ИФА на эхинококкоз – положительный (КП – 1,17)**.
- С 2015 года по настоящее время пациент получает курсами противопаразитарную терапию – альбендазол в дозе 400 мг x 2 раза в день (10 курсов в год, курс – 28 дней).
- Данный клинический случай демонстрирует **тяжелое клиническое течение альвеококкоза с диссеминацией и метастазированием в различные органы (печень, легкие, головной мозг)**.

# 2 Клинический случай альвеококкоза

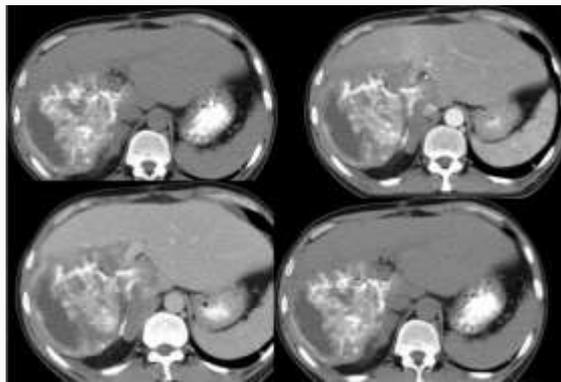
- Больной Т., 18 лет, студент, был госпитализирован в районную инфекционную больницу в апреле с жалобами на **чувство тяжести в правом подреберье, желтушность кожных покровов, незначительное похудание.**
- **История заболевания:** в марте месяце этого же года больной обнаружил **опухолевидное образование в правом подреберье.** Через неделю – появилась **темная моча и умеренная желтушность кожи.** Пациент обратился в поликлинику и был госпитализирован с подозрением на **вирусный гепатит.**
- После проведенного клинико-лабораторного обследования диагноз вирусного гепатита был **исключен.** У пациента появилась **тяжесть в правом подреберье и усилилась желтушность кожи.** Больной был переведен в инфекционную больницу г.Кемерово с диагнозом: **гепатит неясной этиологии, объемное образование гепатобилиарной области?**
- **Эпид. анамнез:** проживает в сельской местности. Отец охотник. Родители имеют звероферму, домашних собак.
- При поступлении состояние тяжелое, обусловлено **холестатическим синдромом.** Т – 37,4<sup>0</sup>С. Кожные покровы и слизистые **интенсивно желтушны.** Живот ассиметричный, безболезненный, в области правого подреберья визуально выступает **опухолевидное образование.** Пальпируется плотная печень с **неровной поверхностью, б/б, на 12 см ниже края реберной дуги.**

# 2 Клинический случай альвеококкоза

- **Лабораторно:** ускорение СОЭ до 55 мм/ч., гипербилирубинемия до 352 мкмоль/л.  
**УЗИ ОБП:** печень смещена кпереди за счет образования в задних отделах общими размерами около 180 мм **тканевой неоднородной структуры**, в центре зоны распад. **Образование паразитарного характера** распространяется на область ворот. Система воротной вены заинтересована в процессе. Заключение: **Гепатоспленомегалия. Объемный процесс в печени – альвеококкоз? Асцит.**
- **КТ ОБП:** печень увеличена в размерах за счет левых и правых отделов. В проекции правой доли печени отмечается **очаговое образование неоднородной структуры** с участком пониженной и повышенной плотности, с **множественными кальцинатами**, с **нечеткими и неровными контурами**, без четких границ размером **165x114 мм**. Расширение внутрипеченочных желчных протоков в левой доле. Не исключено вовлечение в процесс **нижней полой вены и воротной вены**. Заключение: **признаки гепатомегалии, объемный процесс в печени – альвеококкоз? Асцит.**
- Данный клинический случай альвеококкоза выявлен **на терминальной стадии заболевания** при развитии **осложнений: механической желтухи и портальной гипертензии**. Единственным радикальным методом лечения альвеококкоза является **полное оперативное удаление опухоли**, однако **развившиеся осложнения заболевания ограничивают возможности радикального хирургического лечения.**

# Заключение

- Ввиду скудной неспецифической симптоматики **ранняя диагностика альвеококкоза затруднена.**
- Клиническими проявлениями начальной стадии могут быть **неспецифические симптомы:** ноющие тупые боли в правом подреберье снижение аппетита, тошнота, слабость, похудание, гепатомегалия.
- **Основным методом** лабораторной диагностики является **ИФА** с определением антител **IgG к эхинококкам**, однако иногда результат может быть **ложноотрицательным** вследствие слабого иммунного ответа.
- Применение инструментальных методов диагностики (**УЗИ, КТ, МРТ**) **повысило** обнаружение альвеококкоза печени у бессимптомных пациентов.



Альвеококкоз печени  
(очаговая и диффузная  
кальцинация)