

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

**П.В. Макаров**

*ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет  
Минздрава России*

По данным Роспотребнадзора, эпидемиологическая ситуация по эхинококкозам в Российской Федерации остается сложной. В Российской Федерации каждый год регистрируется свыше 500 случаев эхинококкоза. Ежегодно имеют место летальные случаи эхинококкоза: в 2013 году зарегистрировано 5 летальных исходов (Алтайский и Красноярский края, Калининградская область), в 2014 году – 2 (Алтайский край, Свердловская область), в 2015 году – 1 (Курганская область). Дети составляют 14,5% заболевших.

Эпидемиологическая значимость эхинококкозов определяется широким распространением, тяжелым клиническим течением с множественными и сочетанными поражениями различных органов, приводящими к длительной потере трудоспособности, инвалидизации и к летальному исходу, обширным кругом хозяев, формированием синантропных и смешанных очагов. В структуре биогельминтозов на долю эхинококкоза приходится 1,2% [1].

В 2016 году ВОЗ включила эхинококкоз в список 17 забытых инфекций, требующих особого внимания, призывая национальные правительства увеличить инвестиции на борьбу с ними [2].

Сложности диагностики обусловлены отсутствием специфической симптоматики, нередко эхинококковая киста является случайной находкой при ультразвуковом исследовании, томографии или оперативном вмешательстве. Диагноз «эхинококкоз», как правило, устанавливается на поздних стадиях заболевания. Наиболее эффективные серологические методы диагностики, предусмотренные нормативными документами, медицинские работники лечебно-профилактических организаций, по-прежнему, используют крайне редко.

Особого внимания требует обсуждение случаев эхинококкоза на фоне ВИЧ-инфекции. Статистические данные по ВИЧ-инфекции в РФ свидетельствуют о высокой вероятности биогельминтозов у пациентов с приобретенным иммунодефицитным состоянием. Течение паразитарных заболеваний в подобных условиях является недостаточно изученным. В связи с этим клинический случай эхинококкоза у ВИЧ-инфицированного пациента представляет интерес.

*Больной Б., 32 лет, обратился к врачу-инфекционисту СПИД центра с жалобами на слабость, утомляемость, тяжесть в эпигастрии. При первом опросе и осмотре были выявлены иктеричность кожных покровов и склер, потемнение мочи, наличие диспептического синдрома, увеличение размеров*

печени (до +2 см), изменения лабораторных тестов (АСТ – 218 МЕ/мл; АЛТ – 178 МЕ/мл; билирубин общий – 80 ммоль/л, CD4 – 218), нормоэозинофилию. Ультразвуковое исследование в печени обнаружило 3 образования размером до 5 см. На момент обращения больной антиретровирусную терапию (АРВТ) не получал. Поскольку снижение уровня CD4 менее 250 клеток требует назначения АРВТ, больному была назначена стандартная трехкомпонентная схема.

По рекомендации онколога были выполнены магнитно-резонансная томография брюшной полости, виртуальная (цифровая) колоноскопия для поиска первичного очага опухоли, вызвавшего метастазирование в печень. И хотя он выявлен не был, тем не менее, множественное новообразование печени не исключалось, для уточнения диагноза планировалось повторное исследование через месяц, включая гистологическое исследование печени.

Более чем через месяц после первого обращения размеры очагов, по данным МРТ, выросли до 15 см, рядом с ними появились множественные очаги диаметром до 3 см. Они по-прежнему имели четкую, округлую форму и напоминали кисты, что, тем не менее, не исключало онкологической патологии, так как антитела к эхинококку (ИФА) обнаружены не были. При этом явления механической желтухи (билирубин общий – 88 ммоль/л) и цитолиза (АСТ – 308 МЕ/мл; АЛТ – 241 МЕ/мл) нарастали.

В связи с предстоящей пункцией печени больному были объяснены возможные побочные реакции в виде анафилаксии и обсеменения эхинококком брюшной полости. Для профилактики было предложено начать курс альбендазола по 800 мг/день продолжительностью 28 дней. Пациент последовал рекомендациям, на 14-16 день после начала приема альбендазола начал отмечать улучшение общего состояния, явления механической желтухи начали спадать, на 24 день после начала приема альбендазола была проведена пункция кисты под контролем УЗИ с целью забора материала для гистологического исследования, не обнаружившего признаков клеточной атипии. Тем не менее, диагноз новообразования снят не был, больному было предложено пунктировать соседние кисты.

К моменту окончания первого 28-дневного курса альбендазола состояние значительно улучшилось, иктеричность покровов полностью исчезла, сопровождаясь нормализацией биохимических показателей. Появление после пункции кисты эозинофилии (15%) свидетельствовало в пользу наличия биогельминтоза, причем ее уровень плавно снижался в течение последующего месяца.

Одновременно ультразвуковое сканирование обнаружило деформацию и некоторое уменьшение кист, что также не подтверждало диагноз новообразования.

Больному в совокупности было проведено 3 курса альбендазола по 28 дней с перерывами по 14 дней и 20-дневный курс диэтилкарбомазина, что привело к клиническому выздоровлению и петрификации кист.

Через 6 месяцев после начала лечения больной вспомнил, что перед началом заболевания ездил с друзьями в лес на отдых к леснику, где гладил

*охотничью собаку, что, скорее всего, и послужило источником заболевания. Однако во время первичного сбора анамнеза этих данных предоставлено не было.*

Объективные диагностические трудности приведенного клинического наблюдения были обусловлены как отсутствием данных эпидемиологического анамнеза, так и нормоэозинофилией, сохраняющейся вплоть до нарушения целостности капсулы эхинококковой кисты при ее пункции. Кроме того, следует иметь в виду, что визуализация кист печени нередко не дает врачу достаточной информации для установления диагноза эхинококкоза, так как возможна различная интерпретация кистозных образований печени. У лиц с приобретенным иммунодефицитом, как это имело место в описанном наблюдении, возможно и отсутствие специфических антител в связи с неадекватной иммунной реакцией на течение биогельминтоза.

В пользу эхинококкоза может указывать как наличие, так и постоянный рост кист, появление вблизи их дочерних элементов, а также отсутствие признаков первичных новообразований органа, метастазами которых данные очаговые элементы могут являться. Необходимо помнить об опасности пункции кист, связанной с возможной анафилаксией и дальнейшим обсеменением.

Таким образом, данное клиническое наблюдение демонстрирует, что отсутствие положительной серологической реакции – основы современной лабораторной диагностики эхинококкоза – не является ведущим признаком исключения эхинококкоза у ВИЧ-инфицированных больных. Требуется тщательный сбор анамнеза и применение других методов обследования.

### Литература

1. О заболеваемости эхинококкозом и альвеококкозом в Российской Федерации. – Режим доступа: [http://rospotrebnadzor.ru/documents/details.php?ELEMENT\\_ID=1097](http://rospotrebnadzor.ru/documents/details.php?ELEMENT_ID=1097)).
2. ВОЗ призывает правительства увеличить инвестиции в борьбу с забытыми тропическими болезнями. – Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/neglected-tropical-diseases/ru>.