

## ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

6. The cost effectiveness of combination antiretroviral therapy for HIV disease / K.A. Freedberg, E. Losina, M.C. Weinstein [et al.] / N. Engl. J. Med. – 2001. – Vol. 344. – P. 824-831.

7. Impact of adherence and HAART on survival in HIV-infected patients / P. Garcia de Olalla, H. Knobel, A. Carmona [et al.] // J. Acquir. Imm. Defic. Syndr. – 2002. – Vol. 30. – P. 105-110.

8. Long-Term CD4+ T-Cell Response to Highly Active Antiretroviral Therapy According to Baseline CD4+ T-Cell Count / F. Garcia, E. De Lazzari, M. Plana [et al.] // J. AIDS. – 2004. – Vol. 36. – P. 702-713.

9. Variability and prognostic values of virologic and CD4 cell measures in human immunodeficiency virus type 1-infected patients with 200–500 CD4 cells/mm<sup>3</sup> / J.L. Lathey, M.D. Hughes, S.A. Fiscus [et al.] // J. Infect. Dis. – 1997. – Vol. 177. – P. 617-624.

## THE SURVIVAL OF PATIENTS WITH HIV-INFECTION DURING 3 YEARS AFTER ADMINISTRATION OF HIGHLY ACTIVE ANTIRETROVIRAL THERAPY

D.H. Zhyvytsia

**SUMMARY.** We studied changes in immunological parameters and survival in 102 HIV-infected patients after administration of highly active antiretroviral therapy (HAART). The most significant changes during the 144-week study period were seen for T-cells, CD4+Tcells, CD4+/CD8+. The most increase CD4+Tcells was after 24 weeks of highly active antiretroviral therapy. After 3 years overall survival were 87 %. Survival were shortest in individuals with CD4+ T-cell counts <100 cells/mm<sup>3</sup>.

**Key words:** HIV-infection, HAART, CD4-cell, survival.

Отримано 23.03.2011 р.

© Івахів О.Л., Вишневська Н.Ю., Васильєва Н.А., 2011  
УДК 616.36-022.7:616.995.121-07/-08

**О.Л. Івахів, Н.Ю. Вишневська, Н.А. Васильєва**

## ЕХІНОКОКОЗ ПЕЧІНКИ: ТРУДНОЩІ ДІАГНОСТИКИ І ТЕРАПІЇ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

На Тернопіллі склалась несприятлива епідеміологічна ситуація щодо ехінококозу, яка має тенденцію до погіршення. Ефективним засобом як для терапевтичного лікування хворих, так і після хірургічного втручання є альбендазол. За виявлення при УЗД об'ємних процесів у печінці й підозрі на ехінококоз необхідно проводити специфічні серологічні обстеження, КТ, визначати а-фетопротейн, ретельно аналізувати клінічні прояви хвороби, щоб уникнути помилкових діагнозів.

**Ключові слова:** ехінококоз, лікування, альбендазол, обстеження.

Ехінококоз – паразитарне захворювання, яке, незважаючи на свою майже тритисячолітню історію, залишається актуальною медичною і соціаль-

ною проблемою сьогодення. Число хворих із цією патологією постійно зростає і коливається в ендемічних регіонах від 0,4 до 7,3 % (ВООЗ, 1996 р.). Частота рецидивів захворювання складає, за даними різних авторів, від 2,0 до 25,2 %. Через високу частоту рецидивів, тяжкі ускладнення і множинні ураження органів захворювання може закінчитися летально. Зростання захворюваності в Україні пов'язане з існуванням ендемічних регіонів. У зв'язку з цим проблема діагностики, лікування і профілактики рецидивів набуває все більшої актуальності [1-3].

В останні роки в Україні щорічно реєструється 160-190 випадків ехінококозу в людей. Основним хазяїном паразита є собаки, проміжними – свійські тварини: свині, вівці, велика рогата худоба. Лю-

дина може заразитись при догляді за тваринами, а також при вживанні сирих овочів (редька, цибуля, полуниця тощо), забруднених фекаліями собак.

На організм людини ехінокок чинить токсичний і механічний вплив. Інтоксикація відбувається за рахунок альбумінів, які знаходяться в ехінококової рідині і можуть дифундувати через лімфатичні перикістозні простори. Всмоктання ехінококової рідини в організмі спричинює алергічну реакцію, яка проявляється кропив'янкою, свербінням шкіри. Потрапляння у кров значної кількості вмісту ехінококового пухиря при механічній травмі, оперативному втручанні, прориві кісти може призвести до анафілактичного шоку. Механічна дія ехінококового пухиря веде до порушення функції ураженого органа.

Клінічні прояви ехінококозу залежать від локалізації, розмірів кісти, пошкодження оточуючих органів і тканин, загальної інтоксикації і ступеня алергізації організму.

Ехінококові кісти у людини частіше локалізуються в печінці (45-85 %) і легенях (10 %) [4-6].

### Пацієнти і методи

Спостерігали 46 хворих на ехінококоз печінки, які були консультовані і лікувались в інфекційному відділенні або амбулаторно. Діагноз підтверджували виявленням специфічних антитіл, паразитологічним дослідженням вмісту кісти в оперованих хворих, а також даними УЗД, комп'ютерної або магнітно-резонансної томографії.

### Результати досліджень та їх обговорення

У Тернопільській області ехінококоз у людей до 1998 р. не виявлявся протягом 20 років. А за останні дванадцять років ми спостерігали 46 хворих на ехінококоз печінки, у тому числі 3 дітей. Пацієнти були віком від 8 до 71 року. Переважну більшість склали жінки – 32 (69,6 %), чоловіків було лише 14 (30,4 %). Захворювання були поодинокими, не пов'язаними між собою. Чотири п'ятих пацієнтів мешкали у селах і райцентрах області. У більшості захворілих у домашньому господарстві були собаки. 10 пацієнтів вказали, що бачили цього гельмінта при забої свиней і згодовували уражені органи собакам.

У 14 (30,4 %) хворих ехінококоз печінки був виявлений випадково при УЗД, а захворювання не мало жодних клінічних проявів. У 2 осіб (4,3 %) паразитарне ураження печінки було виявлено при динамічному спостереженні за хворими, які рані-

ше були оперовані з приводу ехінококозу цієї ж або іншої локалізації.

Обстеження хворих на ехінококоз печінки проводили комплексно, вивчаючи анамнестичні дані, клінічний перебіг хвороби, дані лабораторних і інструментальних досліджень. Для діагностики ехінококозу печінки використовували виявлення специфічних антитіл.

Усім хворим на ехінококоз печінки в обов'язковому порядку виконували УЗД органів черевної порожнини, нирок, позаочеревинного простору (як при поступленні, так і в динаміці лікування), рентгенографію органів грудної клітки (для виключення ехінококових кіст у легенях), частині хворих – комп'ютерну томографію печінки.

Ретельно виконане УЗД дозволяло вірогідно встановити діагноз ехінококозу печінки у більшості хворих, визначити кількість, розміри і локалізацію кіст, а також проводити моніторинг ефективності консервативного лікування пацієнтів.

Препаратом вибору для лікування ехінококозу був альбендазол, який призначали трьома курсами тривалістю в 28 днів і з перервою в 14 днів; під контролем кількості лейкоцитів і еритроцитів у крові, а також з контролем УЗД після кожного курсу хіміотерапії.

У переважної більшості пацієнтів з ехінококозом печінки тривалість захворювання встановити не вдалося, оскільки діагноз вперше запідозрено й уточнено протягом місяця після звертання і обстеження в лікувально-профілактичних закладах.

Скарги, з якими хворі звертались за медичною допомогою, були різноманітними: біль і тяжкість у правому підребер'ї (82,6 %), загальна слабкість (60,9 %), біль в епігастрії (13,0 %), зниження апетиту (17,4 %), схуднення (17,4 %), біль голови (8,7 %), сухість у роті (8,7 %), підвищення температури тіла (8,7 %). У 97,8 % пацієнтів при об'єктивному обстеженні виявляли збільшення печінки – виступала з-під краю реберної дуги на 1-4 см, була помірно болючою при пальпації. У загальному аналізі крові у третини пацієнтів відзначали незначну лейкопенію, у кожного четвертого – помірний лейкоцитоз. Еозинофілію (6-27 %) виявлено у 39,1 % хворих. У біохімічному аналізі крові суттєвих змін не було.

В усіх хворих підставою для виставлення попереднього діагнозу ехінококозу були результати ультразвукового дослідження органів черевної порожнини. Здебільшого (86,9 %) кісти знаходили у правій частці печінки (V, VI, VII сегменти), у

## ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

лівій (I і IV сегменти) – лише у 13,1 % випадків. Кісти були розміром від 10 до 100 мм. Ехогенність печінки у 93,4 % хворих була незмінною, у решти – підвищеною. Діагноз ехінокозозу підтверджено лабораторно виявленням специфічних антитіл (РНГА, ІФА – IgM і IgG) у 89,1 % хворих, у 5 – при дослідженні вмісту кісти, отриманому під час операції чи пункції, знайдено сколекси, гачки паразита.

Прооперовано 6 хворих. Усім пацієнтам, після консультації хірурга, призначено консервативне лікування альбендазолом по 15 мг/кг маси тіла на добу у 2 прийоми протягом 28 днів, з інтервалом у 2 тижні ще 1-2 повторні курси, під контролем кількості лейкоцитів і еритроцитів у крові. У більшості пацієнтів від застосованого лікування відзначено позитивну динаміку, про що свідчили зникнення еозинофілії крові, потовщення і звапнення капсули кісти.

Наведемо деякі витяги з історій хвороб.

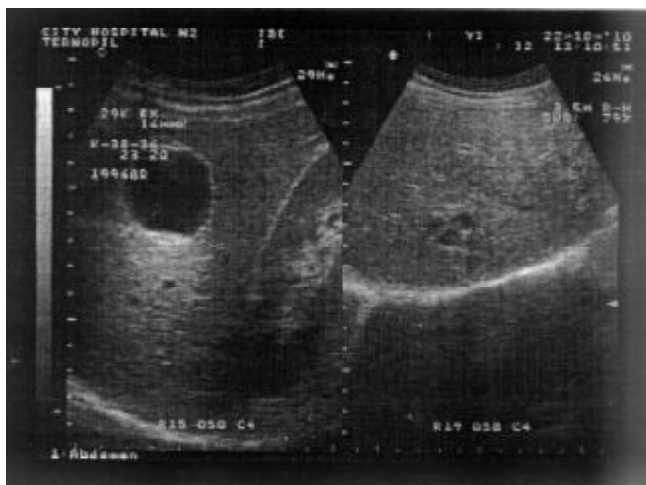
*Хворий З., 1964 р.н., поступив на стаціонарне лікування 16.11.10 р. зі скаргами на незначну загальну слабкість.*

*З анамнезу хвороби: у 2002 р. були виявлені 4 кісти в печінці, не лікувався. Місяць тому з'явилися болі в животі, зробили УЗД, кісти незначно збільшилися, ІФА за 2.11.10 – виявлено IgG до ехінокока.*

*Об'єктивно: шкірні покриви і склери бліді, язик вологий, дещо обкладений білою осугою. Пульс 76 ударів за 1 хв, ритмічний, задовільних властивостей. Діяльність серця ритмічна, тони дещо приглушені. В легенях везикулярне дихання. Живіт м'який, не чутливий при пальпації. Печінка збільшена на 1 см, еластична, не болюча. Селезінка не розширена в поперечнику. Сечопуск не порушений, випорожнення 1 раз на добу, без патологічних домішок.*

*УЗД органів черевної порожнини (22.10.10): печінка збільшена на 1 см, ехогенність не підвищена, гомогенна, ворітна вена 12 мм. У VII сегменті – кісти 40 і 38 мм, у IV сегменті 2 кісти по 26 і 29 мм. Жовчний міхур 69 × 23 мм. Конкрементів немає. Підшлункова залоза в ділянці головки 24 мм, контури чіткі, ехогенність помірно підвищена. Селезінка 100 × 47 мм, гомогенна, нирки – структура збережена, гомогенна. КТ органів черевної порожнини (28.10.10) – картина паразитарних (ехінококових) кіст печінки. В загальному аналізі крові – еозинофілія.*

*Пацієнту був призначений альбендазол по 1 табл. 2 рази на день протягом 28 днів на фоні гепатопротекторів і сорбентів. Через 2 тижні після закінчення першого курсу хіміотерапії зроблено контрольне УЗД печінки – у динаміці виявлено позитивні зміни (мал. 1). Призначено другий курс альбендазолу.*



Мал. 1. УЗД печінки пацієнта З: а) – до лікування; б) – через 1,5 міс. після лікування.

Ретельно виконане УЗД дозволяло вірогідно встановити діагноз ехінокозозу печінки у більшості хворих, визначити кількість, розміри і локалізацію кіст, а також проводити моніторинг ефективності консервативного лікування пацієнтів.

Проте результати УЗД не завжди дають змогу верифікувати етіологію ураження печінки.

*Ми спостерігали пацієнта В., мешканця села, якого у 2008 р. прооперували з приводу пухлини підшлункової залози. У подальшому він перебував під наглядом онколога – регулярно проводили УЗД органів черевної порожнини, ЕГДС; ознак рецидиву хвороби не було. У березні 2011 р. при черговому УЗД у хворого в IV сегменті печінки виявлено кісту неправиль-*

ної форми розміром 21 × 25 мм, подібну до ехінококової. Лікар виставив діагноз ехінококозу печінки, призначив лікування альбендазолом. Однак було недооцінено онкоанамнез, клінічну симптоматику, що була у хворого на час звертання: тривала фебрильна гарячка, диспепсичні прояви, схуднення, анемія, висока ШОЕ. У зв'язку з неефективністю лікування пацієнт госпіталізований у клініку інфекційних хвороб. При КТ печінки виявлено множинні метастази без первинного вогнища. Для подальшого лікування перерахований в онкологічне відділення.

Хоча радикальним методом лікування хворих на ехінококоз печінки є оперативний, не потрібно нехтувати й хіміотерапією, так як можливі не лише численні ускладнення хірургічного лікування – поліорганна недостатність, плеврит, залишкові порожнини та їх інфікування, зовнішні жовчні нориці, загострення холангіту, гемобілія, грижі, злукова хвороба, а й рецидиви. Наводимо приклад.

Хворій В.Р., яка близько 12 років хворіла на ехінококоз, 23.11.2010 р. проведено енуклеацію ехінококової кісти розміром 71 × 55 мм у VII сегменті печінки. Післяопераційний період перебігав без особливостей, виписана зі стаціонару на 10-ий день, 17.01.2011 р. видалено дренаж з порожнини кісти. Проте 3.02.2011 р. при УЗД органів черевної порожнини у VI-VII сегментах виявлено рідинний утвір неправильної форми розміром 26 × 15 мм. У крові еозинофілів 8%. Виставлено діагноз рецидиву ехінококозу печінки. Хворій призначено консервативне лікування немозолом по 0,4 г двічі на день 28 днів, у подальшому рекомендовано ще два такі ж курси з інтервалом 2 тижні. Уже через два тижні від початку терапії зникла еозинофілія. Виникненню рецидиву ехінококозу у цієї хворої сприяло те, що хірургами не було призначено в до- і післяопераційному періоді специфічної хіміотерапії.

### Висновки

1. Епідеміологічна ситуація в області щодо ехінококозу несприятлива, а, враховуючи збільшення чисельності собак, у тому числі й бродячих, які можуть забруднювати довкілля яйцями гельмінта, ще й має тенденцію до погіршення. Тому необхідно здійснювати жорсткий контроль за утилізацією відходів боєнь, а також ширше проводити роз'яснювальну роботу серед населення про заборону згодовування собакам нутрощів хворих

домашніх тварин. Ефективним засобом як для терапевтичного лікування, так і після хірургічного втручання хворих на ехінококоз печінки є альбендазол.

2. За виявлення при УЗД об'ємних процесів у печінці і підозрі на ехінококоз необхідно проводити ще й КТ, специфічні серологічні обстеження, визначати α-фетопротеїн (маркер гепатоцелюлярної карциноми), ретельно аналізувати клінічні прояви хвороби, щоб уникнути помилкових діагнозів. Для запобігання рецидивам ехінококозу після оперативного лікування потрібно в до- і післяопераційному періоді застосовувати альбендазол.

### Література

1. <http://www.lib.ua-ru.net/diss/cont/349409.html>
2. <http://www.dlib.com.ua/diahnostyka-ta-kombinovane-likuvannja-khvorykh-na-ekhinokokoz-pechinky-ta-lehen.html>
3. Четверіков С.Г., Вододюк В.Ю. Профілактика ускладнень при лапароскопічному лікуванні ехінококозу печінки // Шпитальна хірургія. – 2006. – № 4. – С. 103-105.
4. <http://rostbubnov.narod.ru/Infec/Exinokokoz.htm>
5. <http://www.dlib.com.ua/suchasni-metody-likuvannja-ekhinokokozu-pechinky.html>
6. Video-endoscopic treatment of hepatic and lung hydatid disease / V.V. Grubnik, S.G. Chetverikov, P. Sharma, S. Al Nidary // Final program. 2001 a SAGES Odyssey meeting. – St.Louis, Missouri, USA, 2001. – P. 142.

### LIVER'S ECHINOCOCCOSIS: DIFFICULTIES OF DIAGNOSTICS AND THERAPY

O.L. Ivakhiv, N.Yu. Vyshnevsk, N.A. Vasylieva

*SUMMARY. The unfavorable epidemiological situation of echinococcosis was found in Ternopil region, which has a tendency to deterioration. Albendazol is effective for therapeutic treatment and prophylactic for patients after surgery operation. For detection of ultrasound volumetric processes in the liver and suspected echinococcosis should spend specific serological test, KT scan, determination the α-fetoprotein, carefully analyze the clinical manifestations of disease. It measures should help to avoid false diagnoses.*

**Key words:** echinococcosis, treatment, albendazol, survey.

Отримано 28.05.2011 р.