

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАННОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ И  
ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

CLINICAL CASE OF COMBINED LIVER ECHINOCOCCOSIS AND CHOLELITHIASIS

JIGAR EXINOKOKKKOZI VA O'T-TOSH KASALLIGINING BIRGA KECHISHIDAGI  
KLINIK HOLAT

Ботиралиев А.Ш. – <https://orcid.org/0000-0003-3839-0879>

Мадгазиев О.Р. – <https://orcid.org/0009-0009-6859-4152>

Турсунов Ф.С.

Central Asian Medical University

Умаров К.А. - <https://orcid.org/0009-0005-0260-4734>

Ферганский областной многопрофильный медицинский центр

Ботиралиев А.Ш., Мадгазиев О.Р., Умаров К.А., Турсунов Ф.С. (2025). КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАННОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ. In ActaCAMU (Vol. 9, Number 9, pp. 26–32). Zenodo. <https://doi.org/10.5281/zenodo.15151975>

**Аннотация.** Цель исследования: оценить результаты радикальных и условно-радикальных, а также симультанных и паллиативных оперативных вмешательств при эхинококкозе печени. Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 150 больных эхинококкозом печени, подвергнутым различным хирургическим вмешательствам в ФОММЦ в абдоминальной хирургии с 2014 по 2025 гг. Только радикальные операции, включая условно-радикальные вмешательства, позволяют обеспечить в 85-90 % случаев полное выздоровление больных эхинококкозом печени. Среди радикальных операций ведущее место занимают перикистэктомии, реже - резекции печени, используемые чаще всего при осложненных формах заболевания. ИО пункционно-дренирующие вмешательства, являющиеся минимально-инвазивными, по нашим наблюдениям, могут проводиться при неосложненных эхинококковых кистах, небольших и средних размеров, расположенных интрапаренхиматозно.

**Ключевые слова:** эхинококкоз печени, желчнокаменная болезнь, радикальные операции, пункционно-дренажное лечение.

**Abstract.** The aim of the study: to evaluate the results of radical and conditionally radical, as well as simultaneous and palliative surgical interventions for liver echinococcosis. Materials and methods. The results of treatment of 150 patients with liver echinococcosis, subjected to various surgical interventions in the Federal Regional Medical Center in abdominal surgery from 2014 to 2025, were analyzed. Only radical operations, including conditionally radical interventions, allow to ensure complete recovery of patients with liver echinococcosis in 85-90% of cases. Among radical operations, the leading place is occupied by pericystectomy, less often - liver resection, used most often in complicated forms of the disease. IO puncture-drainage interventions, which are minimally invasive, according to our observations, can be performed for uncomplicated echinococcal cysts, small and medium in size, located intraparenchymatously.

**Key words:** liver echinococcosis, cholelithiasis, radical operations, puncture-drainage treatment.

**Annotatsiya.** Tadqiqot maqsadi: jigar echinokokkozida radikal va shartli radikal, shuningdek, bir vaqtda va palliativ jarrohlik aralashuvlar natijalarini baholash. Materiallar va usullar. 2014 yildan 2025 yilgacha FOMMCda qorin bo'shlig'i jarrohligi bo'yicha turli jarrohlik aralashuvlardan o'tgan jigar exinokokkozli 150 nafar bemorni davolash natijalari tahlil qilindi.

*Faqatgina radikal operatsiyalar, shu jumladan shartli radikal aralashuvlar 85-90% hollarda jigar echinokokkozli bemorlarning to'liq tiklanishini ta'minlaydi. Radikal operatsiyalar orasida etakchi o'rinni perikistektomiyalar, kamroq hollarda kasallikning murakkab shakllarida qo'llaniladigan jigar rezektsiyalari egallaydi. Bizning kuzatishimiz bo'yicha, minimal invaziv bo'lgan AI ponksiyon-drenaj aralashuvi, intraparenximatozda joylashgan kichik va o'rta o'lchamdagi asoratlanmagan gidatid kistalar uchun amalga oshirilishi mumkin.*

**Kalit so'zlar:** jigar exinokokkozi, xolelitiyoz, radikal jarrohlik, ponksiyon va drenajni davolash.

**Актуальность.** Данное заболевание преимущественно встречается у людей, проживающих в сельской местности, занимающихся скотоводством крупного и мелкого рогатого скота, а также имеющих домашних животных, таких как кошки и собаки, являющихся основными резервуарами паразита. Заражение происходит при контакте с животными, употреблении загрязнённой воды и продуктов питания [1, 2, 5].

В то же время, желчнокаменная болезнь (ЖКБ) является одной из наиболее распространённых патологий желудочно-кишечного тракта, поражающей до 15% взрослого населения. Сочетание этих двух заболеваний представляет собой сложную диагностическую и лечебную проблему, так как эхинококковые кисты могут механически воздействовать на желчные пути, провоцируя развитие холестаза и воспалительных осложнений, а наличие конкрементов в желчном пузыре усугубляет общее состояние пациента [3, 7, 11].

Совмещение хирургического лечения эхинококкоза печени и ЖКБ требует особого подхода, поскольку оперативное вмешательство сопряжено с риском диссеминации паразитарных элементов, повреждения крупных сосудов и желчных протоков. В связи с этим выбор оптимальной лечебной тактики остаётся актуальной задачей для хирургов и инфекционистов. В данной статье представлен клинический случай, иллюстрирующий трудности диагностики и лечения при сочетанном течении этих заболеваний.

Эхинококкоз печени – паразитарное заболевание, вызываемое личиночной стадией *Echinococcus granulosus*, характеризующееся формированием эхинококковых кист. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) – одно из наиболее распространённых заболеваний желудочно-кишечного тракта, связанное с образованием камней в желчном пузыре. Представляем клинический случай сочетанного течения эхинококкоза печени и ЖКБ [4, 6].

Совмещение хирургического лечения эхинококкоза печени и ЖКБ требует особого подхода, поскольку оперативное вмешательство сопряжено с риском диссеминации паразитарных элементов, повреждения крупных сосудов и желчных протоков. В связи с этим выбор оптимальной лечебной тактики остаётся актуальной задачей для хирургов и инфекционистов. В данной статье представлен клинический случай, иллюстрирующий трудности диагностики и лечения при сочетанном течении этих заболеваний. Эхинококкоз печени – серьёзное паразитарное заболевание, вызываемое личиночной стадией *Echinococcus granulosus*, характеризующееся формированием эхинококковых кист, которые могут приводить к значительным функциональным нарушениям печени. В то же время, желчнокаменная болезнь (ЖКБ) является одной из наиболее распространённых патологий желудочно-кишечного тракта, поражающей до 15% взрослого населения. Сочетание этих двух заболеваний представляет собой сложную диагностическую и лечебную проблему, так как эхинококковые кисты могут механически воздействовать на желчные пути, провоцируя развитие холестаза и воспалительных осложнений, а наличие конкрементов в желчном пузыре усугубляет общее состояние пациента [11, 12].

Особые трудности для лечения представленной пациентки с множественными двухсторонними эхинококковыми кистами. В последнее время рекомендуется при множественных эхинококковых кистах прибегать к чрескожным пунктирно-дренирующим методикам, эхинококкэктомиям при поверхностной локализации кист [2, 3].

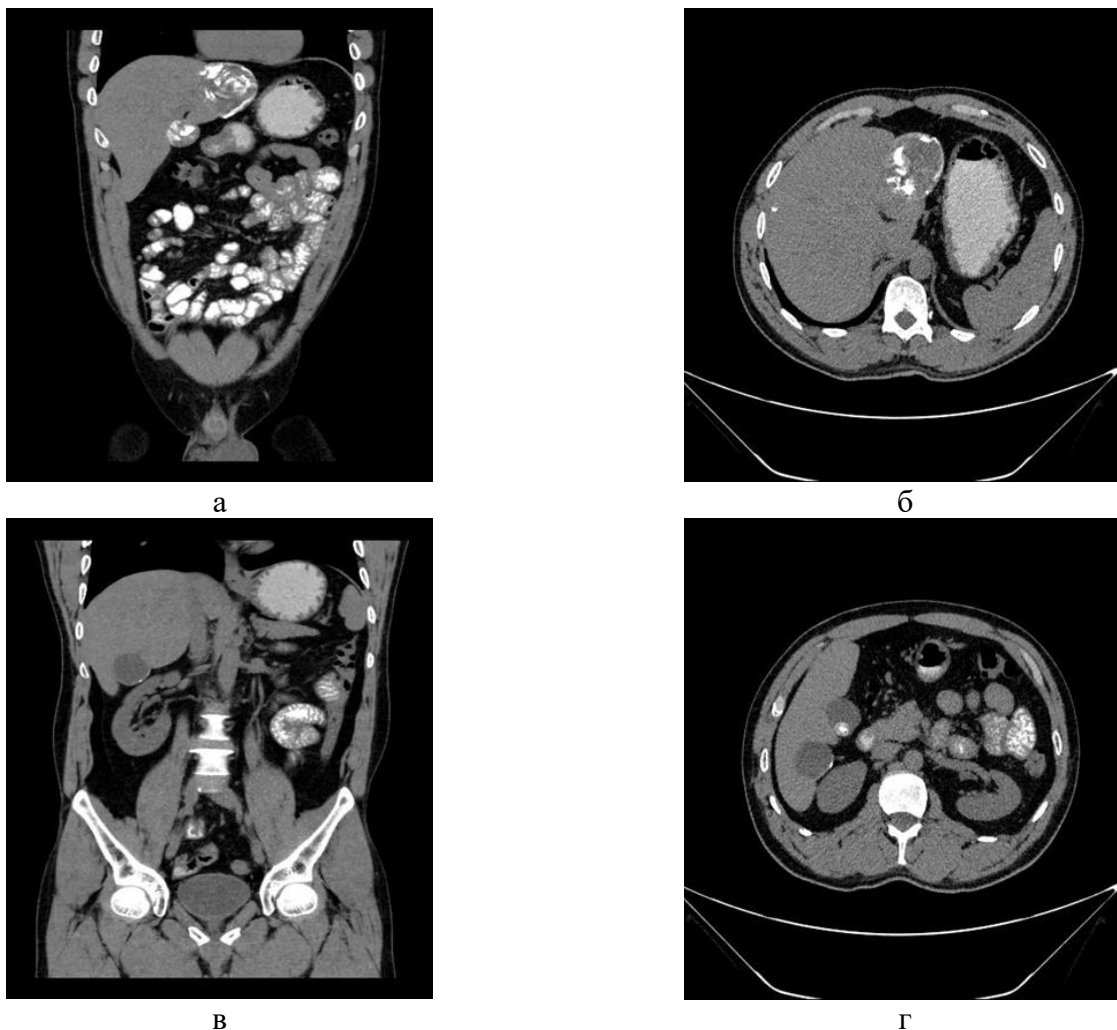
Представляем **клиническое наблюдение**. Пациент Х, 44 года, проживающий в сельской местности, имеющий крупный и мелкий рогатый скот в приусадебном хозяйстве. Из

домашних животных: собака. Поступил в хирургическое отделение с жалобами на периодические боли и чувство тяжести в правом подреберье, усиливающиеся после приёма пищи, тошноту, горечь во рту и слабость. В анамнезе – эпизоды диспепсических расстройств в течение последних двух лет.

При поступлении больной предъявлял *жалобы* на периодические боли и чувство тяжести в правом подреберье, усиливающиеся после приёма пищи, тошноту, горечь во рту и слабость.

*При осмотре.* Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Живот не вздут, правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет. Грыжевых выпячиваний не выявлено. Печень пальпаторно на 1 см выступает из-под края реберной дуги.

Селезенка не пальпируется. Стул регулярный, оформленный, обычной окраски. Область почек визуально не изменена, мочеиспускание не нарушено, дизурии нет.

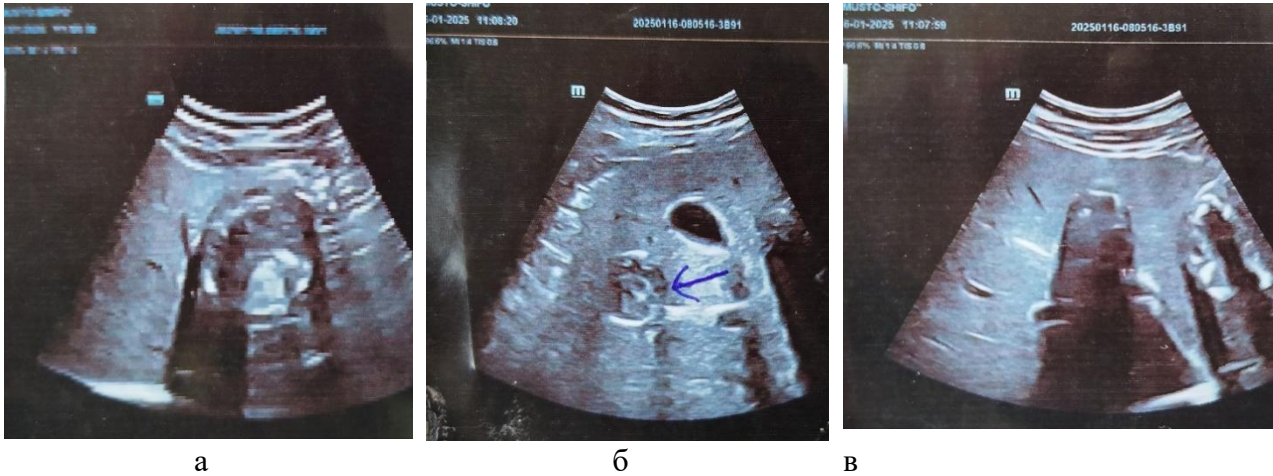


**Рис. 1. МСКТ-изображения органов грудной и брюшной полости с эхинококковыми кистами в печени (до операции): а, в – коронарная проекция; б,г – аксиальная проекция.**

**Результаты обследования. МСКТ органов грудной и брюшной полости до операции (23.01.2025). Заключение.** Признаков очагово-инfiltrативных изменений легких на момент исследования не выявлено. Проявления хронического бронхита. Паразитарное поражение печени (визуализируются кистозные образования, с признаками кальцификации стенки, размерами от 10 до 70 мм (рис. 1): в правой доле S6 сегменте два образования; в левой доле на

границе S3 и S4 сегментов два крупных образования размерами до 40 мм. В желчном пузыре конкремент до 15 мм без признаков холецистита.

**УЗИ органов брюшной полости** (16.01.2025) в печени (III; IV; VI сегмент) определяется кистозное образование с гиперэхогенной капсулой диаметром 7 см. В просвете желчного пузыря – конкремент диаметром до 15 мм (рис. 2).



**Рис. 2.** УЗИ-изображения органов брюшной полости с эхинококковыми кистами печени (до операции): а – киста в 3 сегменте. СЕ4.; б – киста в 6 сегменте. В- киста в 4 сегменте. СЕ 3

**Серологическое исследование:** выявлены антитела к *Echinococcus granulosus*. Общий анализ крови (22.01.2025): гемоглобин - 116 г/л; эритроциты -  $4,0 \cdot 10^{12}$ ; лейкоциты -  $5,1 \cdot 10^9$ ; тромбоциты -  $200 \cdot 10^9$ ; СОЭ - 6. Показатели биохимического анализа крови и коагулограммы в норме.

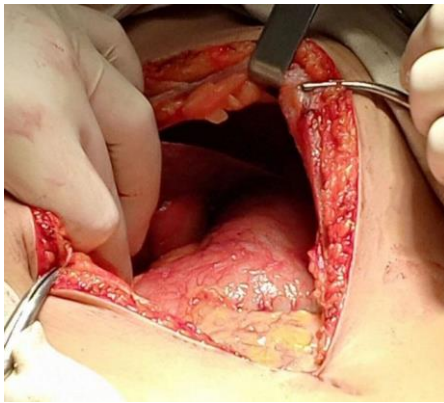
**Диагноз.** Эхинококкоз печени (II-III; IV; VI-VII сегменты), стадия III; IVm; V (по классификации WHO-IWGE). Желчнокаменная болезнь, хронический калькулёзный холецистит.

Выполнено **оперативное вмешательство** (24.01.2025): **Лечение и сложность решения проблемы** пациентке выполнена традиционная операция – лапаротомия, холецистэктомия и атипичная резекция сегментов и перицистэктомия. Совмещение хирургического лечения обоих заболеваний представляет собой сложную задачу из-за риска интраоперационных осложнений, возможного повреждения окружающих тканей и необходимости тщательного послеоперационного наблюдения. В ходе операции проведено удаление эхинококковой кисты с последующей обработкой полости 20% раствором гипертонического раствора натрия хлорида и 90% глицерином. Остаточные полости дренированы через отдельные контрапертуры справа и слева. Произведены эхинококэктомия в стандартном варианте (рис. 4б) с минимальной кровопотерей 2-х кист IV, VI сегментах печени. Остаточная полость кист печени обеззаражена р-ром Betadini и водным раствором Glyceroli 90% с экспозицией 8 мин, затем промыта гипертоническим раствором до чистых вод.

**Гистологическое исследование макропрепарата:** Эхинококкоз правой и левой долей печени.

1) Стенки кист построены из фиброзной ткани, по внутренней поверхности - с некрозами, наружная поверхность с кровоизлияниями, фокусами лимфоплазмочитарной инфильтрации, а также мелкими участками ткани печени. Хитиновая оболочка эхинококковой кисты (рис. 5).

2) Хронический холецистит



а



б

**Рис. 4. Интраоперационные фото: а – киста левой доли печени; б – подготовка к пункционной антискользящей обработке эхинококковой кисты левой доли печени**



**Рис. 5. Макропрепараты хитиновая оболочка эхинококковой кисты**

Течение послеоперационного периода гладкое. Показатели общего анализа крови нормализовались. Дренажи были удалены на 7-8 сутки после операции, швы сняты. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением. Пациент получал инфузионную терапию, антибиотики, антиагреганты, послеоперационный режим и диета.

Пациент выписан с рекомендацией дальнейшей профилактики рецидива химиотерапией с альбендазолом. При начале полноценного питания добавлена антигельминтная терапия (альбендазол 10 мг/кг/сутки 3 курса по 28 дней+гепатопротекторы).

Общий койко-день составил 13 дней. Данный случай подчёркивает важность комплексного подхода к диагностике и лечению эхинококкоза печени и ЖКБ, а также сложность выбора тактики лечения, учитывая необходимость минимизации риска осложнений и рецидивов. Совмещение двух хирургических вмешательств требует тщательной предоперационной подготовки, мультидисциплинарного подхода и детального планирования послеоперационного ведения пациента.

#### **Обсуждение и основные моменты.**

##### **1 Эхинококкоз печени и ЖКБ – сложное сочетание патологий**

- Эхинококкоз печени – паразитарное заболевание, встречающееся исключительно в сельской местности, занимающихся скотоводством.
- Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) – распространённая патология ЖКТ, осложняющая течение эхинококкоза.
- Сочетание этих заболеваний требует особого диагностического и лечебного ухода.

##### **2 Диагностика сочетанного эхинококкоза печени и ЖКБ**

- УЗИ и МРТ – основные методы определения кист и конкрементов.

- Серологические исследования обеспечивают надежность эхинококковой природы поражений.

3 Хирургическое вмешательство – основной метод лечения

- Выполнена холецистэктомия и перицистэктомия, применена атипичная резекция печени с биполярной коагуляцией.

- Остаточные полости обрабатывались 10% гипертоническим раствором и 90% глицерином для уменьшения риска рецидива.

4 Послеоперационное ведение и долгосрочные результаты

- Проведена антигельминтная терапия альбендазолом (10 мг/кг/сутки) в течение 3 месяцев.

- Контрольное исследование через 6 месяцев для выявления отсутствия признаков рецидива.

- Важность длительного наблюдения за пациентами для предотвращения возможных процедур и рецидивов.

#### **Перспективы:**

- Сочетанный эхинококкоз печени и ЖКБ требует индивидуального подхода к каждому человеку.

- Совмещение хирургического метода с адекватной послеоперационной терапией повысит эффективность лечения и снизит риск рецидива.

- Дальнейшие исследования необходимы для оптимизации хирургических методов и разработки более эффективной комплексной терапии.

**Выводы.** Ранняя диагностика эхинококкоза печени и ЖКБ играет ключевую роль в успешном лечении и снижении вероятности развития осложнений. В данном случае своевременное выявление патологий и применение хирургического метода лечения позволили достичь благоприятного исхода. Однако остаётся актуальным вопрос оптимизации алгоритмов диагностики и подбора наилучшей терапевтической тактики при сочетанных заболеваниях печени и желчевыводящей системы.

Таким образом, представленный клинический случай демонстрирует значимость комплексного обследования пациентов с жалобами на диспепсические расстройства и боли в правом подреберье, а также подчёркивает необходимость индивидуального подхода к выбору лечебной тактики в подобных ситуациях.

Данный случай подчёркивает важность комплексного подхода к диагностике и лечению эхинококкоза печени и ЖКБ, а также сложность выбора тактики лечения, учитывая необходимость минимизации риска осложнений и рецидивов. Современные хирургические методы позволяют эффективно устранить оба заболевания, снижая риск послеоперационных осложнений.

#### **Список литературы**

1. Альперович Б.И. Оперативные вмешательства при эхинококкозе, их классификация. *Анналы хирургической гепатологии*. 1999; 4(1): 104-106.
2. Шевченко Ю.Л., Харнас С.С., Самохвалов А.В., Лотов. А.Н. Эволюция методов хирургического лечения эхинококкоза печени. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2004; 7: 49-55.
3. Назыров Ф.Г., Десятов А.В., Махмудов У.М. Комплексный подход к хирургическому лечению эхинококкоза печени и органов брюшной полости: Материалы научно-практической конференции. Ташкент, 2004; 50.
4. Brunetti E, Kern P, Vuitton DA; Writing Panel for the WHO-IWGE. Expert consensus for the diagnosis and treatment of cystic and alveolar echinococcosis. *Acta Trop*. 2010;114(1):1-16.
5. WHO Informal Working Group on Echinococcosis. International classification of ultrasound images in cystic echinococcosis for application in clinical and field epidemiological settings. *Acta Trop*. 2003;85(2):253-261.

6. Дедух Н.В., Шевченко Н.В. Хирургическое лечение эхинококкоза печени. Вестник хирургии. 2020;179(5):32-38.
7. Craig PS, McManus DP, Lightowers MW, et al. Prevention and control of cystic echinococcosis. *Lancet Infect Dis.* 2007;7(6):385-394.
8. Moro P, Schantz PM. Echinococcosis: a review. *Int J Infect Dis.* 2009;13(2):125-133.
9. Арутюнян К.К., Петросян А.В., Симонян С.С. Диагностика и лечение эхинококкоза печени. *Клиническая медицина.* 2018;96(4):273-279.
10. Eckert J, Deplazes P. Biological, epidemiological, and clinical aspects of echinococcosis. *Zoonoses Public Health.* 2004;51(3):275-291.
11. Абдуллаев Р.С., Гусейнов Ш.К. Современные подходы к хирургическому лечению эхинококкоза печени. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.* 2019;29(5):76-81.
12. Brunetti E, Kern P, Vuitton DA; Writing Panel for the WHO-IWGE. Expert consensus for the diagnosis and treatment of cystic and alveolar echinococcosis. *Acta Trop.* 2010;114(1):1-16.