

К. І. Бодня, Т. А. Велієва
ЗАСТОСУВАННЯ УЛЬТРАСОНОГРАФІЇ У ДІАГНОСТИЦІ ЕХІНОКОКОЗУ
Медична академія післядипломної освіти, м. Харків

Сучасна ультразвукографія – галузь діагностичної медицини, що за останнє десятиліття стала одним з основних методів візуалізації у клініці та дозволяє отримати зображення, яке містить велику кількість анатомічної і фізіологічної інформації, а при печінкових і деяких інших гельмінтозах є додатковим, але дуже інформативним методом діагностики. Найбільш інформативним є ультразвукографічне дослідження органів черевної порожнини при ураженні *Echinococcus granulosus*.

Перші ознаки ехінококозу можуть з'явитися через кілька років і навіть десятиліть після зараження. Хвороба в неускладнених випадках має перебіг роками і може бути виявлена випадково (при ультразвуковому дослідженні) або при цілеспрямованому обстеженні (в осередках) при відсутності клінічних проявів (доклінічна стадія ехінококозу). У клінічно виражених стадіях перебіг ехінококозу залежить від локалізації кіст, їх розмірів, швидкості розвитку, ускладнень, варіантів поєднаного ураження органів, реактивності організму хазяїна. Вагітність, тяжкі інтеркурентні захворювання, імунодефіцитні стани, аліментарні порушення сприяють більш тяжкому перебігу хвороби, швидкому зростанню кіст, схильності до розривів і дисемінації збудника.

В ураженому органі може розвиватися одна кіста (солітарні ураження) або кілька (множинний ехінококоз), розміри кіст значно варіюють: від 1-5 до 40 см і більше в діаметрі.

Ультрасонографія дозволяє виявити ехінококові кісти печінки у вигляді ехонегативних утворень з чіткими контурами, оцінити вміст (наявність перегородок, дочірніх міхурів, суспензії), визначити розміри та топографію. У ранніх стадіях ехінокок розвивається у вигляді одиночного утворення і може імітувати просту кісту. Найчастіше такі кісти виявляють в печінці та нирках. Ехінококова кіста зростає експансивно, відсуваючи і здавлюючи тканини хазяїна, які атрофуються і некротизуються.

Збільшуючись, кіста стає складнішою, з гермінативної мембрани формуються і розвиваються вторинні(дочірні) і третинні(внучаті) пухирці, які заповнюють майже всю первинну (материнську) кісту. Така ехографічна картина зазвичай визначає наявність живого паразита.

Найбільш тяжким ускладненням гідатидозного ехінококозу, яке можна виявити за допомогою ультразвукографії є інтраперитонеальний розрив з дисемінованим формуванням кіст у черевній порожнині, який супроводжується різким больовим синдромом та проявами алергічної реакції різного ступеня вираженості аж до розвитку анафілактичного шоку.

При неускладненому ехінококозі печінки можливе медикаментозне лікування, препаратом вибору є альбендазол.

Для етіотропної терапії застосовують альбендазол у дозі 10 мг/кг протягом 4 тижнів. Інтервал між курсами 2-4 тижні. Протирецидивне лікування передбачає призначення 2-4 курсів альбендазолу. В інших випадках терапію проводять протягом 18 місяців і більше (9-10 курсів і більше). При рецидиві або поширеному процесі показано оперативне лікування. Одиночна кіста може бути вилучена або дренована під ультразвукографічним контролем.

Хворі на гідатидозний ехінококоз після оперативного і/або хіміотерапевтичного лікування залишаються під наглядом не менше 5 років. Контрольне обстеження проводять 1-2 рази на рік, воно включає ультразвукографічне дослідження органів черевної порожнини та імунологічне дослідження на ехінококоз. При відсутності клініко-інструментальних ознак рецидиву захворювання і стабільно негативних серологічних реакціях з ехінококовим антигеном протягом 5 років хворі можуть бути зняті з обліку.

Таким чином, ультразвукографічне обстеження органів черевної порожнини є інформативним додатковим методом діагностики при ехінококозі, який допомагає не тільки верифікувати діагноз, але й допомагає контролювати пацієнтів, які знаходяться на диспансерному спостереженні.