Кистозный эхинококкоз органов брюшной полости у взрослых

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2026 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: B67.0, B67.3, B67.4, B67.8, B67.9 · Общероссийская общественная организация "Российское общество хирургов"

Кистозный эхинококкоз органов брюшной полости — хронический зоонозный биогельминтоз, чаще поражающий печень и формирующий эхинококковые кисты. Рекомендация посвящена диагностике, стадированию по WHO-IWGE, выбору противопаразитарной или хирургической тактики и длительному наблюдению взрослых пациентов.

Главное

- Специфических жалоб нет; заболевание может годами протекать бессимптомно. При увеличении кисты возможны боль в правом подреберье, тошнота, рвота, механическая желтуха, холангит, перитонит или аллергическая реакция при разрыве.
- Диагноз устанавливают по инструментальным признакам на УЗИ, КТ или МРТ. Серология служит дополнением; диагностическое значение может иметь титр IgG к эхинококку выше 1:1200.
- Для стадирования и выбора лечения используют классификацию WHO-IWGE 2001 (УУР С, УДД 5).
- УЗИ — основной метод первичной диагностики и стадирования. КТ уточняет распространенность и взаимоотношение кисты с соседними структурами, а МРТ/МРХПГ применяют при недостаточной информативности УЗИ и КТ или подозрении на осложнения.
- При кистах CE4–CE5, если операция невозможна или пациент от нее отказался, допустима тактика «watch and wait» с периодическим УЗИ; пациента предупреждают о риске нагноения и механической желтухи (УУР С, УДД 5).
- После любого лечения необходимы наблюдение инфекциониста или врача общей практики и контроль каждые 3–6 месяцев не менее 5 лет; по требованиям ВОЗ наблюдение продолжают до 10 лет.

Диагностика

1. Собрать эпидемиологический анамнез: контакт с собаками и другими плотоядными, уход за животными, обработка шкур, употребление немытых овощей, зелени, фруктов, ягод, воды или контакт с почвой.
2. Оценить симптомы и осложнения: боль в правом подреберье, желтуху, лихорадку с ознобом, признаки холангита, перитонита или аллергической реакции.
3. Выполнить общий анализ крови и мочи, билирубин, АЛТ, АСТ, щелочную фосфатазу, ГГТ, мочевину, креатинин и альбумин. Лабораторные тесты оценивают общее состояние и осложнения, но сами по себе не подтверждают и не исключают КЭ (УУР В, УДД 3).
4. Провести серологическое исследование IgG к однокамерному и многокамерному эхинококку. Серология помогает диагностике, но не отличает активную кисту от неактивной и не заменяет лучевые методы (УУР В, УДД 1).
5. Начать с комплексного УЗИ органов брюшной полости и гепатопанкреатобилиарной зоны; признаки оценивают в совокупности и классифицируют по WHO-IWGE (УУР С, УДД 5).
6. Для уточнения локализации, распространенности и вовлечения соседних структур выполнить КТ брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием. При неясных данных или осложнениях дополнить обследование МРТ и МРХПГ.
7. При расширении желчных протоков и повышении трансаминаз, щелочной фосфатазы, ГГТ или билирубина выполнить МРХПГ либо эндосонографию для поиска цистобилиарного свища и прорыва кисты в желчные протоки.

Лечение

- Противопаразитарную терапию проводят производными бензимидазола (УУР В, УДД 1). Комбинация албендазола с празиквантелом 20–75 мг/кг/сут может усиливать противопаразитарный эффект; празиквантел не используют как монотерапию (УУР С, УДД 4).

- Показания к медикаментозной терапии: нерезектабельные множественные кисты печени или легких, поражение брюшины, снижение риска вторичного обсеменения и рецидива до или после операции, а также подготовка к минимально инвазивному чрескожному вмешательству.
- При длительной терапии бензимидазолами контролируют печеночные ферменты и показатели периферической крови. Относительные противопоказания: крупные кисты с высоким риском разрыва, неактивные CE4–CE5, ранняя беременность, печеночная дисфункция и заболевания с угнетением костного мозга.
- При перфорации кисты в свободную брюшную полость выполняют экстренную эхинококкэктомию с эвакуацией гидатидной жидкости и дочерних кист, а также антипаразитарной обработкой; операцию проводят в ближайшие 2–3 часа после поступления (УУР B, УДД 3).
- При цистобилиарном свище с механической желтухой или холангитом сначала проводят инфузионную и антибактериальную терапию, затем декомпрессию желчных путей — ЭПСТ и/или наружное дренирование; хирургическое лечение не является первым этапом при доступных минимально инвазивных методах (УУР C, УДД 4).
- Чрескожные методы, включая PAIR, катетерные методики, MoCat и PEVAC, применяют при интрапаренхиматозной кисте диаметром до 10 см стадий CE1 или CE3a либо при высоком операционно-анестезиологическом риске (УУР B, УДД 2).
- Оптимальным хирургическим лечением эхинококкоза печени считают закрытую перицистэктомию; резекцию печени выполняют, если перицистэктомия невозможна из-за почти полного замещения доли кистами или вовлечения воротных структур (УУР B, УДД 2).
- При интраоперационном разрыве кисты применяют глюкокортикоиды и системные антигистаминные препараты; противопаразитарную терапию начинают рано и продолжают до 3 месяцев для профилактики рецидива (УУР C, УДД 4).

Когда направить и как наблюдать

- Экстренная госпитализация в хирургическое отделение показана при абдоминальной боли, перитоните или холангите на фоне эхинококковой кисты, а также при других клинико-лабораторно-инструментальных признаках осложненной формы.
- Пациентов с эхинококкозом печени или селезенки направляют в хирургические отделения медицинских организаций II–III уровня; предпочтительно лечение в специализированном гепатологическом центре.
- При отсутствии эффекта консервативной терапии холангита в течение 6–8 часов пациента переводят из медицинской организации I уровня в учреждение II уровня или межрайонное отделение, где доступны минимально инвазивные вмешательства на желчных протоках.
- Плановая госпитализация нужна для хирургического лечения. Выписка возможна при удовлетворительном состоянии, нормальной температуре и нормализации лабораторных показателей.

Частые вопросы

Можно ли поставить диагноз эхинококкоза только по анализу крови?

Нет. Лабораторные тесты вспомогательны и не позволяют достоверно подтвердить или исключить КЭ. Диагноз основывают на данных УЗИ, КТ или МРТ; серология дополняет лучевую диагностику.

Какой метод визуализации выбрать первым?

Первичным методом является комплексное УЗИ органов брюшной полости. КТ применяют для уточнения распространенности и анатомических взаимоотношений, МРТ и МРХПГ — при неясных результатах, осложнениях или подозрении на связь с желчными протоками.

Когда допустимо наблюдение без операции?

При кистах CE4–CE5, если хирургическое лечение невозможно или пациент от него отказался, возможна тактика «watch and wait» с интервальным УЗИ. Пациента информируют о риске нагноения и механической желтухи.

Какие дозы празиквантела указаны в рекомендации?

Празиквантел назначают в дозе 20–75 мг/кг/сут в комбинации с албендазолом. Как самостоятельная терапия он недостаточен.

Как долго наблюдать пациента после лечения?

Контроль проводят каждые 3–6 месяцев не менее 5 лет, включая анализы, IgG к эхинококку и УЗИ; при необходимости выполняют КТ с контрастированием. По требованиям ВОЗ наблюдение продолжают 10 лет.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/1085-kistoznyj-ehinokokkoz-organov-bryushnoj-polosti-u-vzroslyh. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/1085_1