

ISSN 1995-5464 (Print); ISSN 2408-9524 (Online)

<https://doi.org/10.16931/1995-5464.2021-4-133-135>

## Рефераты иностранных публикаций

*Ахаладзе Г.Г., Ахаладзе Д.Г.*

### Abstracts of foreign publications

*Akhaladze G.G., Akhaladze D.G.**PLoS Negl. Trop. Dis. 2021 May 12; 15 (5): e0009365.**<https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0009365>*

#### **Endocystectomy as a conservative surgical treatment for hepatic cystic echinococcosis: a systematic review with meta-analysis**

**Эндоцистэктомия как щадящий вариант хирургического лечения при кистозном эхинококкозе печени: систематический обзор с мета-анализом**

*Al-Saeedi M., Ramouz A., Khajeh E., El Rafidi A., Ghamarnejad O., Shafiei S., Ali-Hasan-Al-Saegh S., Probst P., Stojkovic M., Weber T.F., Hoffmann K., Mehrabi A.*

Опубликованные сведения об эффективности и результатах хирургического лечения, частоте осложнений и рецидиве у больных кистозным эхинококкозом (КЭ) печени противоречивы. Эндоцистэктомия обеспечивает полноценное удаление содержимого паразитарной кисты без существенного повреждения паренхимы печени. Совершенствование техники операции способствует профилактике осложнений и улучшению результатов лечения. В обзоре анализировали интра- и послеоперационные осложнения эндоцистэктомии при КЭ печени, а также частоту рецидива заболевания. Для поиска использовали базы данных PubMed, Web of Science и Cochrane CENTRAL. Для оценки качества исследования применяли критерии, разработанные для нерандомизированных исследований (MINORS), и инструменты системы Cochrane, предложенные для оценки риска погрешностей (RoB2). Рассмотрели результаты лечения 4058 пациентов из 3930 статей и 54 исследований по теме. В тех исследованиях, в которых больным проводили дооперационную антигельминтную терапию (всего 31), препаратом выбора был альбендазол. Осложнения операции отмечены у 19,4% пациентов (95% CI 15,9–23,2; I2 = 84%;  $p < 0,001$ ), наиболее часто выявляли подтекание желчи (10,1%; 95% CI 7,5–13,1; I2 = 81%;  $p < 0,001$ ) и инфицирование раны (6,6%; 95% CI 4,6–9; I2 = 27%;  $p = 0,17$ ). Послеоперационная леталь-

ность составила 1,2% (95% CI 0,8–1,8; I2 = 21%;  $p = 0,15$ ), частота рецидива – 4,8% (95% CI 3,1–6,8; I2 = 87%;  $p < 0,001$ ). В 39 (88,7%) исследованиях была информация о результатах наблюдения в среднем на протяжении чуть более года после эндоцистэктомии, и лишь 14 (31,8%) исследований отражали отдаленные результаты наблюдения >5 лет. Эндоцистэктомия является доступным методом лечения. Ее применение сопровождается небольшой летальностью и частотой рецидива.

*BMC Infect. Dis. 2018; 18: 306.**<https://doi.org/10.1186/s12879-018-3201-y>*

#### **Medical treatment of cystic echinococcosis: systematic review and meta-analysis**

**Медикаментозное лечение кистозного эхинококкоза: систематический обзор и метаанализ**

*Velasco-Tirado V., Alonso-Sardón M., Lopez-Bernus A., Romero-Alegría Á., Javier Burguillo F., Muro A., Carpio-Pérez A., Luis Muñoz Bellido J., Pardo-Lledias J., Cordero M., Bellhassen-García M.*

Кистозный эхинококкоз (КЭ) является хорошо известной и давно изучаемой паразитарной болезнью. Однако ни одна из четырех современных лечебных стратегий не обеспечивает желаемых результатов, а мнения специалистов противоречивы. Цель исследования – анализ сведений о медикаментозном лечении при КЭ. Тщательно изучена доступная литература без языковых ограничений по базам данных PubMed (Medline), Cochrane Central Register of Controlled Trials, BioMed, Database of Abstracts of Reviews of Effects и Cochrane Plus, опубликованная до 1 февраля 2017 г. Все описательные работы, касающиеся лечения КЭ и доступные в виде полнотекстовых публикаций, использованы для проведения качественного анализа. По результатам рандомизированных контролируемых исследований проведен количественный метаанализ. Для систематических обзоров и метаанализов использованы стандартные методологические процедуры.

Изучены 33 исследования, посвященных медикаментозному лечению КЭ. Из них 22 с уровнем доказательности 2–4 подвергнуты качественному анализу, а 11 рандомизированных контролируемых исследований – количественному метаанализу. Результаты лечения оказываются лучше, когда хирургическое или пункционное лечение (PAIR) сочетают с применением препаратов бензимидазола до операции и (или) после. Химиотерапию альбендазолом в лечении КЭ рассматривают как метод выбора. При этом отмечена большая антигельминтная активность альбендазола в сочетании с празиквантелом по сравнению с применением только лишь альбендазола.

*Am. J. Roentgenol. 2017; 208: 878–884.  
<https://doi.org/10.2214/AJR.16.16131>*

### **Comparison of long-term results of percutaneous treatment techniques for hepatic cystic echinococcosis types 2 and 3b**

#### **Сравнение отдаленных результатов чрескожного лечения при кистозном эхинококкозе печени типов 2 и 3b**

*Akhan O., Salik A.E., Ciftci T.,  
Akinici D., Islim F., Akpinar B.*

Цель: модифицировать технику катетеризации при чрескожном лечении по поводу кистозного эхинококкоза (КЭ) печени СЕ 2 и 3b, сравнить результаты применения PAIR и модифицированной катетеризационной техники. В исследование включены 73 пациента – 37 мужчин и 36 женщин в возрасте 6–79 лет, у которых выявлены 75 кист типов 2 и 3, подвергнутых чрескожному лечению с марта 1991 г. по август 2008 г. От всех пациентов получено информированное согласие, лечебная тактика согласована с этическим комитетом. Применением PAIR устранили 23 (30,6%) кисты, 26 (34,7%) – стандартной катетеризационной техникой и 26 (34,7%) – с помощью модифицированной техники. Результаты трех вариантов примененных вмешательств обработаны статистически. У всех пациентов наблюдали уменьшение объема паразитарной кисты в среднем на 61,1% (5–100%). Рецидив КЭ после PAIR отмечен у 11 (47,8%) пациентов, после стандартной катетеризации – у 3 (11,5%) и после применения модифицированной катетеризационной техники – у 1 (3,8%). Частота рецидива не отличалась достоверно между группами стандартной и модифицированной катетеризации ( $p > 0,05$ ), тогда как достоверно чаще рецидив развивался после PAIR по сравнению с другими методами ( $p < 0,05$ ). Отмечено 12 (16,4%) серьезных и 16 (21,9%) малых осложнений. После PAIR было достоверно меньше серьезных осложнений, чем после модифицированной катетеризации, а разница между стандартной и двумя другими методами катетеризации оказалась недостоверной. Лечение при СЕ 2 и 3b с помощью модифи-

цированной катетеризационной техники сопровождается меньшей частотой рецидива, что позволяет считать ее безопасной и эффективной альтернативой.

Read more: <https://www.ajronline.org/doi/full/10.2214/AJR.16.16131>

*Acta Radiol. 2017; 58 (6): 676–684.  
<https://doi.org/10.1177/0284185116664226>*

### **Percutaneous treatment of liver hydatid cysts in 190 patients: a retrospective study**

#### **Чрескожное лечение гидатидных кист печени у 190 пациентов: ретроспективное исследование**

*Kahriman G., Ozcan N., Dogan S., Karaborklu O.*

Гидатидная болезнь печени (ГБП) представляет собой серьезную проблему для здравоохранения во всем мире, особенно в эндемичных регионах. Чрескожное лечение является эффективным выбором. Цель: ретроспективный анализ клинических и радиологических результатов чрескожного лечения 190 пациентов с ГБП с апреля 2005 г. по март 2015 г. Изучены демографические данные, число и тип кист, исходные размеры, а также размеры кист после лечения, варианты чрескожного лечения и связанные с процедурой осложнения. Чрескожному лечению подвергнуты 95 мужчин и 95 женщин в возрасте 5–82 лет, у которых обнаружены 283 эхинококковые кисты печени: 234 (83%) кисты по классификации ВОЗ соответствовали типу СЕ1, 31 (11%) – СЕ3а и 18 (6%) – СЕ2. Чрескожное вмешательство было результативным во всех наблюдениях. Отмечено 12 (6,3%) серьезных осложнений: анафилаксия, кожные аллергические реакции, кровотечение в зоне печени и инфицирование полости кисты. Летальных исходов не было. Рецидив отмечен в 1 наблюдении, и еще в одном выявлена новая киста. В отдаленном периоде (до 18 мес) пациенты жалоб не предъявляли, при этом уменьшение объема кисты составило в среднем 77,5%. Чрескожное лечение ГБП является эффективным и безопасным. Его следует считать хирургическим пособием первой линии при неосложненных кистах.

*Transl. Gastroenterol. Hepatol. 2017; 2: 105.  
<https://doi.org/10.21037/igh.2017.11.13>*

### **Surgery of the pancreatic cystic echinococcosis: systematic review**

#### **Хирургия эхинококковых кист поджелудочной железы: систематический обзор**

*Dziri Ch., Dougaz W., Bouasker I.*

Поражение поджелудочной железы (ПЖ) эхинококкозом выявляют редко (0,2–0,6%). Диагностика эхинококковой кисты (ЭК) ПЖ не является сложной задачей, если у пациента вы-

явлено паразитарное поражение печени, но может вызвать затруднения при изолированной ЭК ПЖ, когда ее приходится дифференцировать с псевдокистой ПЖ, холедохоцеле, серозной или муцинозной цистаденомой и цистаденокарциномой. Систематический обзор помогает найти статистически обоснованные ответы на следующие вопросы. Первый вопрос: какие методы диагностики позволяют диагностировать изолированную ЭК ПЖ? Электронный поиск выполнен двумя авторами (W. Dougaz, I. Bouasker). Использованы базы данных Medline, Scopus, Embase, Web of Science, Google Scholar и Cochrane collaboration. Ключевые слова: “cyst”, “echinococcosis”, “hydatid cyst” и “pancreas”. Все тезисы были проанализированы с получением полнотекстового материала этими же двумя авторами, а недоразумения разрешались при консультации с С. Dziri. Диагностические рекомендации основывались на классификации Oxford. Согласно

им, УЗИ остается краеугольным камнем диагностики. МРТ позволяет лучше детализировать выявленные при УЗИ признаки ЭК ПЖ, нежели КТ. МРТ с T2-ВИ предпочтительнее, чем КТ. МРТ протока ПЖ позволяет диагностировать фистулу между ЭК ПЖ и протоком (уровень доказательности 3 – рекомендация В). Второй вопрос: какая лечебная тактика является наилучшей при ЭК ПЖ? Хирургическое вмешательство признано ведущим методом, причем предпочтительна открытая операция. Выбор зависит от расположения ЭК в головке, теле или хвосте ПЖ (уровень доказательности 5 – рекомендация D). При поражении головки целесообразно сохранение ткани ПЖ. При локализации ЭК ПЖ в области тела и (или) хвоста оправдана более радикальная тактика. Медикаментозное лечение (альбендазол) следует начинать за неделю до операции и продолжать в течение 2 мес после (уровень доказательности 2 – рекомендация С).

### Сведения об авторах [Authors info]

**Ахаладзе Гурам Германович** – доктор мед. наук, профессор, главный научный сотрудник научно-исследовательского отдела хирургии и хирургических технологий в онкологии ФГБУ “Российский научный центр рентгенодиагностики” МЗ РФ.  
**Ахаладзе Дмитрий Гурамович** – канд. мед. наук, старший научный сотрудник отделения гепатопанкреатобилиарной хирургии ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ.

*Для корреспонденции* \*: Ахаладзе Гурам Германович – 115446, Москва, Коломенский проезд, д. 4. Тел.: +7-499-782-30-83. E-mail: gur371ax@gmail.com

**Guram G. Akhaladze** – Doct. of Sci. (Med.), Professor, Chief Researcher of the Department of Surgery and Surgical Technologies in Oncology of the Russian Scientific Center of Rentgenoradiology.

**Dmitry G. Akhaladze** – Cand. of Sci. (Med.), Senior Researcher of the Hepatopancreatobiliary Surgery Department of Loginov Moscow Clinical Scientific Center of Moscow Healthcare Department.

*For correspondence* \*: Guram G. Akhaladze – 4, Kolomenskiy proezd, Moscow, 115446, Russia. Phone: +7-449-782-30-83. E-mail: gur371ax@gmail.com