

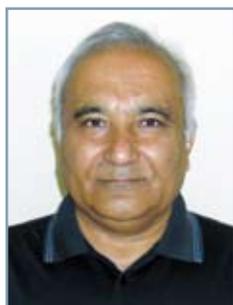
УДК 616-071:616.951.21

Д.Б. САИДАХМЕДОВА, У.Т. СУВОНКУЛОВ, Т.А. ВАХОБОВ,
Т.А. АБДИЕВ, Л.В. КАЧУГИНАНаучно-исследовательский институт медицинской паразитологии им. Л.М. Исаева,
МЗ РУз, г. Самарканд, Республика Узбекистан

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА



Саидахмедова Д.Б.



Вахобов Т.А.

Изучение особенностей клинического течения эхинококкоза, методов диагностики, осложнений, длительности и повторности инвазии, мер борьбы и профилактики заболевания имеют важное практическое значение. В Узбекистане эхинококкоз регистрируется во всех регионах республики. В связи с этим эхинококкоз является актуальной проблемой науки и практики здравоохранения страны.

Цель исследования. Изучение особенностей клинического течения эхинококкоза на современном этапе.

Материал и методы. В отделении медицинской гельминтологии и клинической паразитологии НИИ медицинской паразитологии с 2006 по 2012 годы под наблюдением находилось 203 больных с эхинококкозом в возрасте от 5 до 80 лет. Были проведены общеклинические методы исследования: общий анализ крови, биохимический анализ; определение билирубина, аминотрансфераз, ультразвуковое исследование, флюорография легких, компьютерная томография, реакция непрямой гемагглютинации с эхинококковым антигеном.

Результаты и обсуждение. Показано, что среди наблюдаемых нами больных с эхинококкозом больше было пациентов в возрасте 17–35 лет. Эхинококкоз печени был выявлен у 136 (67%) больных, эхинококкоз легких – у 30 (14,78%).

Клиника эхинококкоза характеризовалась на ранней стадии длительным бессимптомным течением – 111 (54,68%) больных с эхинококкозом печени и 11 (5,42%) с эхинококкозом легких. В дальнейшем клинические симптомы зависели от локализации эхинококковых кист. Рецидив заболевания наблюдался в 50 (24,63%) случаях.

В 42 (20,79%) случаях эхинококкоз протекает с осложнениями. Наблюдались нагноения у 20 (9,85%), разрыв кист – у 22 (10,84%) больных.

Выводы. Эхинококкоз – тяжелое паразитарное заболевание с часто рецидивирующим течением, требующее как хирургическое, так и консервативное лечение. Для ранней диагностики эхинококкоза необходимо проводить ультразвуковое исследование печени и органов брюшной полости 1 раз в год; флюорография и R-графия легких 1 раз в год, серологическое обследование (ИФА, РНГА) на эхинококкоз 1 раз в год и по показаниям – компьютерная томография.

Ключевые слова: эхинококкоз, клиническое течение, рецидив, хирургическое лечение, консервативное лечение.

Эхинококкоз на земном шаре распространен неравномерно. Наибольшая распространенность эхинококкозом людей и животных регистрируется в Австрии, Новой Зеландии, Южной Америке (Уругвай, Чили, Аргентина, Бразилия), Северной Африке (Тунис, Алжир, Марокко, ОАР), Азии (Монголия), на юге Европы (Югославия, Греция, Болгария, Италия, Испания, Португалия). Очаги эхинококкоза встречаются главным образом на юге (Закавказье, Крым и другие области Украины, Центральная Азия, южный Казахстан), но имеются также и в северных районах России (Бурятия, Якутия, Омская, Томская, Новосибирская области).

Республика Узбекистан относится к регионам, эндемичным в отношении эхинококкоза. Ежегодно в республике выполняется более тысячи операций по поводу эхинококкоза. Дооперационные осложнения составляют 25,5%, послеоперационные – 6%, рецидивы – 10%, летальность – 4,5%.

Эхинококкоз регистрируется во всех областях республики и Каракалпакстане [1, 2, 4].

Изучение особенностей клинического течения эхинококкоза, методов диагностики, осложнений, длительности и повторности инвазии, мер борьбы и профилактики заболевания имеют важное практическое значение [3, 4].

Целью исследования является изучение особенностей клинического течения эхинококкоза на современном этапе.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В отделении медицинской гельминтологии и клинической паразитологии НИИ медицинской паразитологии с 2006 по 2012 годы под наблюдением находилось 203 больных с эхинококкозом различной локализации в возрасте от 5 до 80 лет. Из них мужчин было 84 (41,38%), женщин – 119 (58,62%); детей и подростков – 37 (18,2%), взрослых – 166

Контакты: Саидахмедова Дилором Бахридиновна, старший научный сотрудник отделения медицинской гельминтологии и клинической паразитологии НИИ медицинской паразитологии им. Л.М. Исаева МЗ РУз, г. Самарканд. Тел.: (+99893) 9967090, e-mail: icaevins2@yahoo.com

Contacts: Dilorom Bakhridirovna Saidakhmedova, senior researcher at the Department of Medical Helminthology and Clinical Parasitology Scientific Research Institute of Medical Parasitology n.a. L.M. Isaeva Ministry of Health of Uzbekistan, Samarkand c. Ph.: (+99893) 9967090, e-mail: icaevins2@yahoo.com

(81,8%). У всех больных для подтверждения диагноза гельминтоза проводились вспомогательные инструментальные и серологические методы исследования (УЗИ, КТ, флюоро- и рентгенографии, реакция непрямой гемагглютинации с эхинококковым диагностикумом). Диагноз: эхинококкоз был поставлен в случае обнаружения эхинококковых цист при обследовании методами УЗИ, флюорографии, КТ, МСКТ и подтвержденный увеличением титра антител в РНГА с эхинококковым диагностикумом (1:1280 для больных после операции по поводу эхинококкэктомии; в титрах от 1:80 – 1:1280 – для больных, не получавших хирургическое лечение). Были проведены общеклинические методы исследования: общий анализ крови, биохимический анализ: определение билирубина, аланинаминотрансферазы (АлАт), аспаратаминотрансферазы (АсАТ), ультразвуковое исследование (УЗИ), флюорография легких, компьютерная томография (КТ), реакция непрямой гемагглютинации с эхинококковым диагностикумом (РНГА).

У оперированных больных диагноз был подтвержден при гистологическом исследовании. Все больные были осмотрены онкологом и физиатром для исключения других заболеваний.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Наименьшая заболеваемость отмечена у детей до 10 лет – 7 (3,45%) человек, по сравнению с лицами в возрасте 17-35 лет – 88 (43,35%); 36-55 лет – 26,6%; 11-16 лет – 14,78% и 56 и старше – 11,82% (табл. 1). У всех больных для подтверждения диагноза гельминтоза проводились вспомогательные инструментальные и серологические методы исследования (УЗИ, КТ, флюоро- и рентгенографии, реакция непрямой гемагглютинации с эхинококковым диагностикумом). Диагноз: эхинококкоз был поставлен в случае обнаружения эхинококковых цист при обследовании методами УЗИ, флюорографии, КТ, МСКТ и подтвержденный увеличением титра антител в РНГА с эхинококковым диагностикумом (1:1280 для больных после операции по поводу эхинококкэктомии; в титрах от 1:80 – 1:1280 – для больных, не получавших хирургическое лечение).

Таблица 1 – Распределение больных по возрасту (n-203)

Возраст, лет	Число больных	%
До 10	7	3,45
11–16	30	14,78
17–35	88	43,35
36–55	54	26,60
56 и старше	24	11,82
Всего	203	100

По локализации эхинококковых кист эхинококкоз печени отмечен у 136 (67±3,31%), эхинококкоз легких – у 30 (14,78±2,50%), сочетание эхинококкоз легких и печени – у 18 (8,87±2,0%); эхинококкоз печени и селезенки – у 4 (1,97±0,98%), эхинококкоз печени и брюшной полости – у 7 (3,45±1,28%) больных. Больных с эхинококкозом брюшной полости, ягодичной области, селезенки и позвоночника было по 1 (0,49±0,49%). Таким образом, эхинококкоз

чаще поражает печень (67±3,3%) и легкие (14,78±2,5%) (табл. 2).

Таблица 2 – Распределение больных в зависимости от пораженного органа (n-203)

Нозология	Количество больных	
	абс.	%
Эхинококкоз печени	136	67,0
Эхинококкоз легкого	30	14,78
Эхинококкоз почек	3	1,48
Эхинококкоз селезенки	1	0,49
Эхинококкоз брюшной полости	1	0,49
Эхинококкоз ягодичной области	1	0,49
Эхинококкоз печени + легких	18	8,87
Эхинококкоз печени + брюшной полости	7	3,45
Эхинококкоз печени + почек	1	0,49
Эхинококкоз печени + селезенки	4	1,97
Эхинококкоз печени + позвоночника + легких	1	0,49
Итого	203	100

Из анамнеза: заболевание длилось от 1 года до 20 лет. На ранней стадии заболевания бессимптомное течение наблюдалось у 111 (54,68%) больных с эхинококкозом печени при локализации эхинококковых кист в VI – VIII сегментах. Кисты были обнаружены случайно при обследовании печени на УЗИ, КТ, когда больные обращались к врачу по поводу других заболеваний. При локализации кист в II-IV сегментах больные жаловались на боли в правом подреберье, усиливающиеся при физической нагрузке.

При эхинококкозе легких 11 (5,42%) больных жалоб не предъявляли, 19 (9,36%) больных жаловались на повышение температуры до 38° и 7 (3,45%) – на кашель. У 4 (1,97%) больных с мокротой выделялись протосколексы эхинококка.

У 3 (1,48%) больных (1 – с эхинококкозом печени, 2 – с эхинококкозом легких) заболевание начиналось с анафилактического шока. Кожный зуд наблюдался у 10 (4,92%) больных. Больного с эхинококкозом позвоночника беспокоили боли в области позвоночного столба.

Следует особо отметить, что ни в одном случае заболевание не было обнаружено при профилактическом осмотре. Во всех случаях эхинококкоз был выявлен при обращении больных к врачам по поводу других заболеваний.

Таким образом, из 136 случаев печеночной локализации цист бессимптомное течение заболевания наблюдалось в 111 (81,6%). А при легочной локализации из 30 больных в 11 (36,7%) случаях. В связи с этим становится актуальным в аспекте ранней диагностики эхинококкоза проведение УЗИ, КТ обследований печени 1 раз в год и флюорография легких 1 раз в 2 года.

Рецидив заболевания встречался у 50 (24,63%) больных.

Осложнения наблюдались у 42 (20,7%) больных. Нагноение пузыря было отмечено у 20 (9,85%), разрыв пузыря у 22 (10,84%) больных.

Основным методом терапии эхинококкоза является

хирургическая операция. Хирургическое лечение было проведено у 143 (70,44%) больных. Из них однократно были оперированы 93 (45,81%), двукратно – 31 (15,27%), троекратно – 14 (6,9%), четыре раза – 4 (1,97%), 5 и более – 1 (0,49%) больной.

Консервативную терапию получили 60 (29,55%) больных. Больные получали альбендазол, который назначался из расчета 15 мг/кг массы тела в сутки 3 курса по 28 дней с интервалом в 15 дней.

Примером упорно рецидивирующего течения эхинококкоза могут служить следующие истории болезней.

1. Больной Х., 1978 г.р., обратился впервые в отделение медицинской гельминтологии и клинической паразитологии НИИ медицинской паразитологии им. Л.М. Исаева в 2005 г. в возрасте 27 лет. В анамнезе: в течение 20 лет страдает эхинококкозом, перенес 6 операций по поводу эхинококкоза. В 1990 г. была произведена операция по поводу эхинококкоза легкого, наблюдался разрыв пузыря, в 1991 г. – эхинококкэктомия легкого, в 1994 г. – эхинококкоз позвоночника – радикальная эхинококкэктомия, в 1999 г. – эхинококкоз печени, хирургическое лечение. В 2000 и 2001 гг. – 2 операции по поводу эхинококкоза позвоночника. С 2005 г. получает консервативную терапию альбендазолом из расчета 15 мг/кг массы тела в сутки 3 курса по 28 дней с перерывом 15 дней. Параллельно он принимал полный курс общеукрепляющей терапии и иммуномодуляторы. Таким образом, в течение 20 лет больной перенес 6 операций по поводу эхинококкоза. В настоящее время больной является инвалидом II группы, заболевание протекает в тяжелой упорно-рецидивирующей форме, трудно поддающейся хирургической и консервативной терапии.

2. Больной У.Ш., 1988 г.р., впервые обратился в отделение медицинской гельминтологии и клинической паразитологии НИИ медицинской паразитологии им. Л.М. Исаева в 2010 году, в возрасте 22 года. За 16 лет (1992–2007 гг.) больной перенес 4 операции по поводу эхинококкоза печени (1992 г. – 2 операции, 1997 г. – 1, 2000 г. – 1) и в 2007 г. – 2 в малом тазе. Всего по поводу эхинококкоза перенес 6 операций. С 2010 г. получал консервативную терапию альбендазолом из расчета 15 мг/кг массы тела 3 цикла по 28 дней ежегодно в течение 2 лет.

Таким образом, эхинококкоз протекает хронически в упорно персистирующей форме, не поддающейся полному излечению после проводимого хирургического лечения с частыми рецидивами у 50 (24,63%) больных. Осложнения наблюдались у 42 (20,7%) больных. Нагноение пузыря было отмечено у 20 (9,85%), разрыв пузыря у 22 (10,84%).

ВЫВОДЫ

1. Эхинококкоз – тяжелое паразитарное заболевание, характеризующееся хроническим течением, имеющее склонность к рецидивированию (24,63%), требующее как хирургическое, так и консервативное лечение.

2. Наиболее часто наблюдается эхинококкоз печени (67%) и легких (14,78%).

3. Женщины болеют чаще (59,9%), чем мужчины (43,1%).

4. В 20,7% случаев эхинококкоз протекает с осложнениями, 9,85% случаев – нагноение и 10,84% – разрыв кисты.

5. Для своевременного выявления эхинококкоза необходимо: проводить УЗИ печени и органов брюшной полости 1 раз в год; флюорографию и Р-графию легких 1 раз в год; серологическое обследование (ИФА, РНГА) на эхинококкоз 1 раз в год и по показаниям КТ.

Прозрачность исследования

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за статью.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдиев Т.А., Эгамбердыев О.А., Абдиев Ф.Т., Саидрахмедова Д.Б., Абдусаттаров М.М., Вахобов Т.А., Коваленко Д.А., Махмудова Л.Б. Клиническое руководство по гельминтозам. – Ташкент, 2013. – С. 141
2. Абдиев Т.А., Саидрахмедова Д.Б., Сувонкулов У.Т., Качугина Л.В., Вахобов Т.А., Абидов З.И., Арзиев Х.Ю. Сероэпидемиологическое исследование при эхинококкозе // Биология ва тиббиёт муаммолари. – 2016. – №1. – С. 7-8
3. Вахобов Т.А., Абдиев Т.А., Суванкулов У.Т., Качугина Л.В. Исследование тканевого дыхания пораженной гидатидозным эхинококкозом печени. Материалы II съезда инфекционистов Узбекистана «Приоритетные направления диагностики, лечения и профилактики инфекционных заболеваний» 4-6 ноября. Сборник тезисов. – Ташкент, 2015. – С. 40
4. Назиров Ф.Г., Ильхомов Ф.А., Атабеков Н.С. Эхинококкоз в Узбекистане: состояние проблемы и пути улучшения результатов лечения // Медицинский журнал Узбекистана. – 2002. – №2-3. – С. 2-5

REFERENCES

1. Abdiev TA, Egamderdiev OA, Abdiev FT, Saidakhmedova DB, Abdusattorov MM, Vakhobov TA, Kovalenko DA, Makhmudova LB. *Klinicheskoe rukovodstvo po gelmintozam* [Clinical guide for helminthiasis]. Tashkent; 2013. P. 141
2. Abdiev TA, Saidakhmedova DB, Suvonkulov UT, Kachugina LV, Vakhobov TA, Abidov ZI, Arsiev XU. Seroepidemiological research at Echinococcosis. *Biologiya va tibbiyat muammolari = Problems of Biology and Medicine*. 2016;1:7-8 (In Russ.)
3. Vakhobov TA, Abdiev TA, Suvonkulov UT, Kachugina LV. The study of tissue respiration of the hydatid diseases of the liver. In: *Materialy II sezda infekcionistov Uzbekistana «Prioritetnye napravleniya diagnostiki, lecheniya i profilaktiki inarekcionnykh zabolevani» 4-6 noyabrya* [Materials of the 2nd Infections diseases Congress “Priority areas of diagnostic, treatment and prevention of infectious diseases” 4-6 November]. Tashkent; 2015. P. 40
4. Nazirov FG, Ilkhomov FA, Atabekov NS. “Echinococcosis in Uzbekistan: The state of the problem a ways to improve the

results of treatment. *Medicinskii zhurnal Uzbekistana = The Medical Journal of Uzbekistan*. 2002;2-3:2-5 (In Russ.)

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

**Д.Б. САИДАХМЕДОВА, У.Т. СУВОНКУЛОВ,
Т.А. ВАХОБОВ, Т.А. АБДИЕВ, Л.В. КАЧУГИНА**

Л.М. Исаяев атындағы медициналық паразитология ғылыми-зерттеу институты, ӨР Денсаулық сақтау министрлігі, Самарқанд қ., Өзбекстан Республикасы

ЭХИНОКОККОЗДЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ АҒЫМЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Эхинококкоздың клиникалық ағымының ерекшеліктерін, диагностика әдістерін, асқынуларын, инвазияның ұзақтығы мен қайталануын зерттеу, ауруға қарсы күрес пен оның алды-алдын алу шараларын қарастырудың маңызды практикалық мәні бар. Өзбекстанда эхинококкоз республиканың барлық дерлік аймақтарында тіркеледі. Осы орайда эхинококкоз елдің ғылымы мен денсаулық сақтау практикасының өзекті проблемасы болып табылады.

Зерттеудің мақсаты. Заманауи кезеңде эхинококкоздың клиникалық ағымының ерекшеліктерін зерттеу.

Материал және әдістері. Медициналық паразитология ҒЗИ медициналық гельминтология және клиникалық паразитология бөлімінде 2006 мен 2012 жылдар аралығында эхинококкозбен науқас 5 – 80 жас шамасындағы 203 ауру болды. Зерттеудің жалпыклиникалық әдістері жүргізілді: қанның жалпы анализі, биохимиялық анализ; билирубинді анықтау, аминотрансфераз, ультрадыбыстық зерттеу, өкпе флюорографиясы, компьютерлік томография, эхинококк диагностикамен тікелей емес геммагглютинация реакциясы.

Нәтижелері және талқылау. Белгілі болғандай, бақылауға алынған эхинококкозы бар пациенттердің басым бөлігінің жасы 17–35 жас аралығында болды. Бауыр эхинококкозы 136 науқастан (67%), өкпе эхинококкозы 30 науқастан (14,78%) анықталды.

Ерте кезеңдегі эхинококкоз клиникасы ұзақ уақыт бойы симптомсыз өтуі арқылы сипатталған – 111 (54,68%) ауру бауыр эхинококкозы, 11 ауру (5,42%) өкпе эхинококкозы. Одан кейін клиникалық симптомдар эхинококк кистасының оқшауландырылуына байланысты болды. Аурудың қайталануы 50 (24,63%) жағдайда байқалды.

42 (20,79%) жағдайда эхинококкоз асқынып кеткен. Іріңдеп кеткені 20(9,85%), кистаның жарылуы – 22 (10,84%) науқаста болған.

Қорытынды. Эхинококкоз – ауыр паразитарлық ауру, жиі жағдайда қайталануы, ол хирургиялық та, консервативтік те емді керек етеді. Эхинококкозға ерте диагностика қою үшін мыналарды жүргізу керек: жылына бір рет бауыр мен ішперде қуысына ультрадыбыстық зерттеу; жылына бір рет өкпе флюорографиясы мен R-графия, жылына бір рет эхинококкозға серологиялық зерттеу (ИФА, РНГА) және көрсетулері бойынша – компьютерлік томография.

Негізгі сөздер: эхинококкоз, клиникалық ағым, қайталау, хирургиялық ем, консервативтік ем.

S U M M A R Y

**D.B. SAIDAHMEDOVA, U.T. SUVONKULOV,
T.A. VAKHOBOV, T.A. ABDIEV, L.V. KACHUGINA**
*Scientific Research Institute of Medical Parasitology
n.a. L.M. Isayev, the Ministry of Health of Uzbekistan,
Samarkand c., Uzbekistan*

PECULIARITIES OF CLINICAL PROGRESSION OF ECHINOCOCCOSIS

In Uzbekistan, echinococcosis registered in all the regions of the republic. In this regards, the echinococcosis is essential issue of health studies and practice of the country.

The echinococcosis clinical progression research, as well as studies of the methods of its diagnostics, complications, duration and replication of the invasion, means of prophylactic and control of the disease are of the great practical importance.

The research objective is a study of peculiarities of clinical progression of echinococcosis at contemporary stage.

Material and methods. 203 patients, suffering from echinococcosis of various focalization, had been under care. Apply general methods of clinical research: full blood count, biochemical analysis of blood for bilirubin, aminotransferase, ultrasound research, lungs fluorography, computerized tomography, reaction of indirect hemagglutination with echinococcosis diagnosticum.

Results and discussion. Peculiarities of the clinical progression of echinococcosis of 203 echinococcosis patients with its various focalization was been studied. It was been identified, that echinococcosis is more often revealed at the age of 17-35 years old. Echinococcosis was registered in 67,0% of the patients with hydatid disease of liver, pulmonary hydatid cyst in 14,78% of the patients.

Clinical progression of echinococcosis at the early stage was marked by long-term asymptomatic disease course in 54,68% of cases of the hydatidosis of liver, 5,42% of cases of hydatidosis of lungs. Further, clinical symptoms depend on cyst focalization in 24,63% disease recurrence is observed.

In 20,7% of the cases, echinococcosis proceeds with complications. In 9,85% of the cases empyema of cyst and in 10,84% of the cases breakage of cyst are observed.

Conclusions. Echinococcosis is a serious parasitic disease with assiduous recurring progression, refractory to both – surgical and conservative treatment. Most frequently, observe hydatid disease of liver (67,0%) and of lungs (14,78%). Women (59,9%) are suffering from those more often than men (43,1%). For the purpose of early diagnostics the following is necessary: to carry out ultrasound scanning and computerized tomography of liver and abdominal cavity organs once a year; fluorography and pneumography once in 1 years, serosurvey (EIA, indirect hemagglutination test) for echinococcosis once a year.

Key words: echinococcosis, clinical progression, recurrence, surgical treatment, conservative treatment.

Для ссылки: Саидахмедова Д.Б., Сувонкулов У.Т., Вахобов Т.А., Абдиев Т.А., Качугина Л.В. Особенности клинического течения эхинококкоза // *Medicine (Almaty)*. – 2016. – No 6 (168). – P. 85-88

Статья поступила в редакцию 12.05.2016 г.

Статья принята в печать 16.06.2016 г.