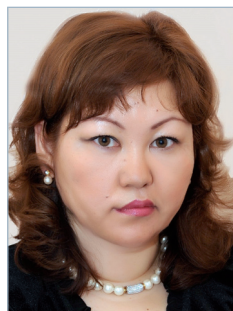


УДК 616.36-002.951.21-07-08

А.К. ДУЙСЕНОВА¹, Г.А. ШОПАЕВА¹, К.Т. БАЙЕКЕЕВА¹, Ж.Ж. ШАПИЕВА²¹Казахский национальный медицинский университет им.С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Республика Казахстан,²Научно-практический центр санитарно-эпидемиологической экспертизы и мониторинга МЗ РК, г. Алматы, Республика Казахстан**ЦИСТНЫЙ ЭХИНОКОККОЗ ПЕЧЕНИ: ИННОВАЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ**

Дуйсенова А.К.

Эхинококкоз – актуальная для Республики Казахстан паразитарная инвазия с длительным хроническим, рецидивирующим течением с высоким риском развития осложнений и летальности. Традиционно в Республике Казахстан лечением эхинококкоза занимаются хирурги, так как радикальным методом лечения является хирургическое лечение. Нами разработан Клинический протокол «Цистный эхинококкоз (печени) у взрослых», который имеет целью стандартизировать подходы к диагностике, тактике лечения, учету, регистрации, диспансеризации больных эхинококкозом на основе международных рекомендаций и принципов доказательной медицины, тем самым существенно дополняет утвержденный ранее клинический протокол «Эхинококкоз у взрослых (эхинококкоз органов брюшной полости), утвержденный 10 декабря 2015 г. (протокол №1) по специальности «Хирургия».

Ключевые слова: цистный эхинококкоз печени, классификация (WHO-IWGE, 2003 г., 2010 г.), клинический протокол диагностики и лечения, альбендазол.

Эхинококкоз является большой медико-социальной проблемой для Республики Казахстан. Заболеваемость повсеместно распространена на территории республики, однако можно выделить 3 зоны: 1-я группа территорий с высоким уровнем заболеваемости >6,0-11 на 100 тыс. нас. (Южно-Казахстанская, Жамбылская, Алма-тинская области), 2-я группа со средним уровнем – >2,0-6,0 на 100 тыс. нас. (Мангистауская, Атырауская, Актобинская, Карагандинская и Кызылординская области) и 3-я группа с низким уровнем – 0,5-2,0 на 100 тыс. нас. (Западно-Казахстанская, Кокшетауская, Павлодарская, Акмолинская, Восточно-Казахстанская области). Причина роста заболеваемости эхинококкозом людей связаны с несоблюдением населения правил содержания домашних животных, недостаточным контролем численности безнадзорных животных, дегельминтизации служебных и домашних собак. Данная ситуация несет риск загрязнения окружающей среды и обсеменения ее возбудителями биогельминтозов. В 2014-2015 гг. отмечается более 8500 случаев (1,3-1,4%). Наибольшая пораженность мясной продукции установлена в Атырауской области, Жамбылской, Южно-Казахстанской, Мангистауской областях. Настораживает увеличение в структуре больных удельного веса детей до 14 лет (в 2015 г. - 26,3% и городского населения (38,6%) [1].

С целью раннего выявления случаев эхинококкоза в республике ежегодно проводится серологический мониторинг населения (группы риска, контактные в очагах), что составляет 14000 – 16100 исследований с результативностью 3,2% в 2014 г. и 5,9% - в 2015 г. Однако, традиционно используемые в диагностике инфекционных болезней

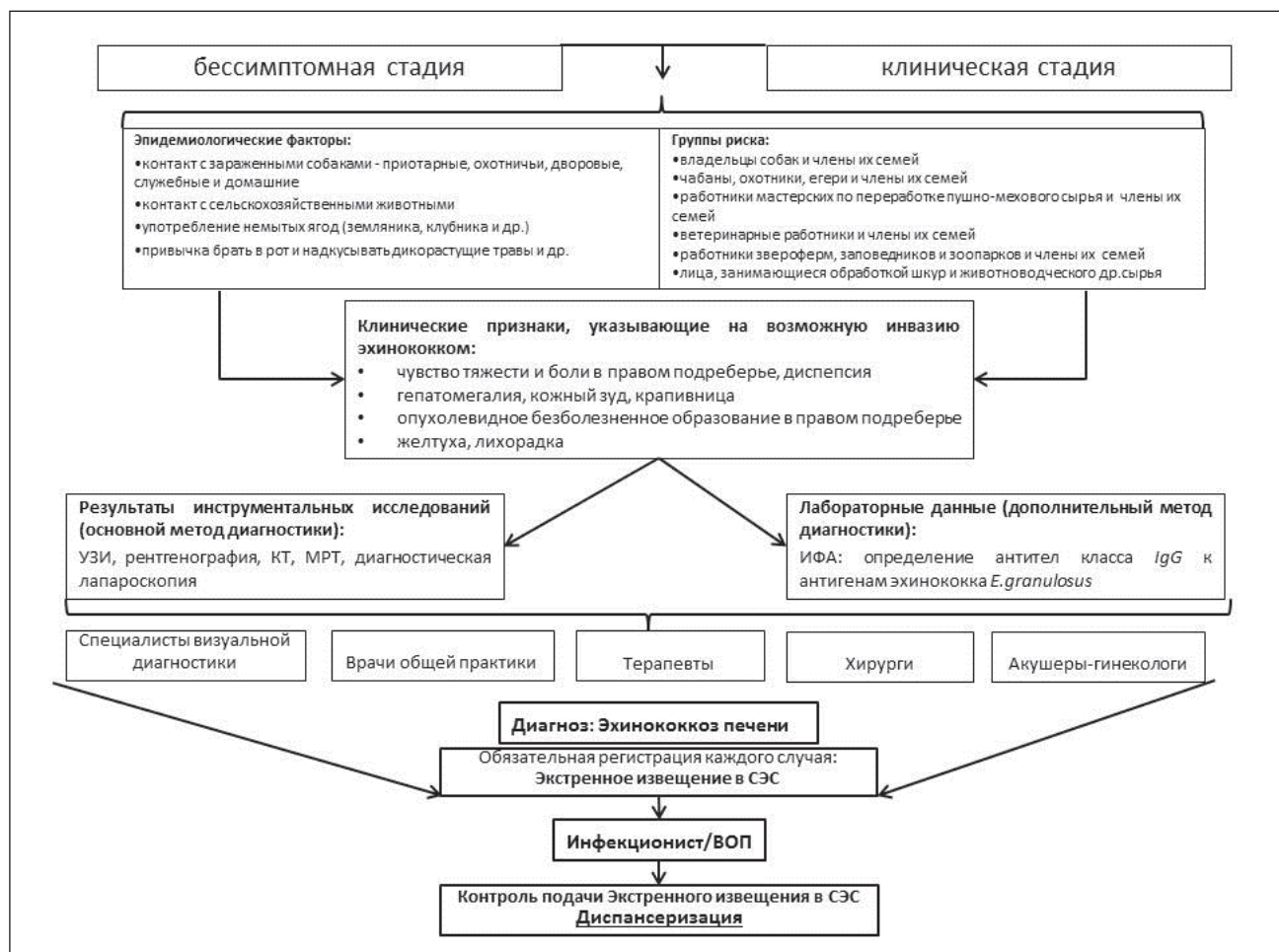
лабораторные тесты дают неоднозначный результат и не могут быть использованы для подтверждения диагноза. Так, серологические пробы (РИФА, РНГА, РЛА и др.) могут давать как ложноположительные, так и ложноотрицательные результаты в более 15-25% случаев [2]. Решающее значение в диагностике эхинококкоза печени имеют методы визуальной диагностики: ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ).

Традиционно в Республике Казахстан лечением эхинококкоза занимаются хирурги, так как радикальным методом лечения является хирургическое лечение [3]. Однако, к хирургам больные попадают в поздних запущенных стадиях, зачастую хирургическое лечение не приводит к полной санации организма, и развиваются рецидивы даже после успешно проведенной операции. Диагностика, лечение, диспансеризация и профилактика эхинококкоза – это мультидисциплинарная проблема, решением которой должны заниматься не только медицинская, но и ветеринарная служба. Если говорить о медицинской части данной проблемы, то многие вопросы, а именно ранней диагностики, учета и регистрации, мониторинга пациентов, диспансеризации и проведения противопаразитарной терапии, в том числе и после хирургического лечения выходят за пределы компетенции хирургов. Учитывая профиль заболевания (хроническая паразитарная инвазия), многие аспекты данной проблемы должны быть в компетенции инфекционистов, специалистов лучевой и лабораторной диагностики. При этом инфекционистам должна быть отведена роль учета, регистрации, координации и мониторинга больных и переболевших.

Контакты: Дуйсенова Амангуль Куандыковна, д-р мед. наук, профессор, заведующая кафедрой инфекционных и тропических болезней Казахского национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, РК. Тел.: + 7 701 713 05 52, e-mail: aduysenova@bk.ru

Contacts: Amangul K. Duisenova, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Infectious and Tropical Diseases of the Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Almaty c, RK. P.: + 7 701 713 05 52, e-mail: aduysenova@bk.ru

Таблица 1 – **Диагностический алгоритм цистного эхинококкоза печени [4]**



С учетом новых достижений медицинской науки меняются подходы к диагностике, тактике консервативного и хирургического лечения. Нами разработан новый клинический протокол диагностики и лечения «Цистный эхинококкоз (печени) у взрослых», в котором учтены все вышеизложенные вопросы, прежде всего организационного характера, тем самым он существенно дополняет действующий клинический протокол по специальности «Хирургия» и имеет право на самостоятельное и совместное функционирование на современном этапе развития практического здравоохранения [4]. В последующем новые достижения науки, практическая реализация изложенных принципов и подходов, возможно, потребуют объединения двух протоколов в один. В таблице 1 представлен разработанный нами новый диагностический алгоритм.

Необходимо проводить плановое лабораторное обследование групп риска 1 раз в год, с последующей регистрацией, учетом и диспансеризацией, мониторинг состояния пациента, его маршрут с проведением необходимых исследований и консультаций, в том числе и консультации хирурга для определения показаний к хирургическому лечению. Данные функции также следует возложить на врача-инфекциониста медицинской организации по месту прикрепления.

По рекомендации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в мировой практике используется ультразвуковая классификация, основанная Н.А. Gharbi, W. Hassine, M.W. Brauner и K. Dupuch (1981 г.) и дополненная неофициальной рабочей группой ВОЗ по эхинококкозу (WHO-IWGE, 2003 г., 2010 г.) [5]. Данная классификация удобна для применения в связи с характеристиками кисты и, самое главное, позволяет унифицировать лечебные подходы к цистному эхинококкозу печени. Согласно этой классификации выделяют стадии: CL (cystic lesion) – кистозное образование; CE1 и CE2 (active) – активные стадии кисты с наличием жизнеспособных паразитов; CE3a и CE3b (transitional) – переходные, промежуточные; CE4 и CE5 (inactive) – неактивные стадии кисты с наличием нежизнеспособных паразитов. CE1 и CE3a – это ранние стадии, CE4 и CE5 – поздние стадии эхинококковой кисты. Целью данной классификации является определение дифференцированной лечебной тактики: 1) наблюдение; 2) консервативная терапия противопаразитарными препаратами; 3) чрескожная пункция кисты под контролем УЗИ или КТ (PAIR пункция–аспирация–вливание–реаспирация); 4) хирургическое лечение в комбинации с противопаразитарными препаратами (табл. 2).

Однако, в Казахстане данная классификация и, следовательно, дифференцированная тактика, не используются в клинической практике.

Таблица 2 - Рекомендуемые стадии – специфические подходы к терапии неосложненного цистного эхинококкоза печени [4]

Классификация ВОЗ	Хирургическое лечение	Малоинвазивные вмешательства	Противопаразитарные препараты	Оптимальная рекомендуемая тактика
CE1	–	✓	✓	<5 см ABZ >5 см PAIR + ABZ
CE2	✓	✓	✓	Другие виды малоинвазивных вмешательств + ABZ
CE3a	–	✓	✓	<5 см ABZ >5 см PAIR + ABZ
CE3b	✓	✓	✓	не-PAIR малоинвазивные вмешательства + ABZ
CE4	–	–	–	наблюдение
CE5	–	–	–	наблюдение

Лечение пациентов с цистным эхинококкозом печени предполагает индивидуальный подход с рассмотрением в каждом конкретном случае возможной комбинации различных вариантов терапии. На амбулаторном уровне существуют 2 основных подхода к лечению пациентов с цистным эхинококкозом печени: наблюдение и консервативное лечение (противопаразитарные препараты). Стартовая терапия неосложненных форм цистного эхинококкоза печени противопаразитарными препаратами (химиотерапия) следует начинать всем пациентам в амбулаторных условиях. При отсутствии эффекта от лечения альбендазолом (нет уменьшения размеров кисты и переход стадий CE1 и CE2; CE3a и CE3b в C4-C5 при УЗИ-контроле), развитии осложнений дальнейшая лечебная тактика должна быть определена в пользу хирургического лечения после консультации хирурга. Стадии CE4 и CE5 (неактивные, неживые) подлежат только динамическому наблюдению в течение 5 лет. Химиотерапия и хирургическое лечение не рекомендуются [10]. При развитии осложнений показано хирургическое вмешательство, после которого обязательно назначение противопаразитарного препарата. Препарат выбора - альбендазол 10-15 мг/кг/сут в 2 приема, вместе с пищей, богатой жирами, непрерывно до 3-6 месяцев (при массе тела >50 кг – 400 мг 2 раза в день). Альтернативный препарат - мебендазол в дозе 40-50 мг/кг массы тела 3 раза в сутки 3-6 месяцев. Эффективность противопаразитарного лечения оценивают по следующим критериям: регресс симптомов болезни, нормализация показателей общеклинического и биохимического анализов крови, положительная динамика УЗИ стадии (уменьшение размеров кист, переход в CE4-CE5), положительная рентгенологическая динамика (если сочетанный эхинококкоз легких) – уменьшение размеров кист, спадение полости кисты, кальцификация стенок кисты и др., КТ- и МРТ- контроль – уменьшение объема поражения, признаки кальцификации, ИФА – отрицательный результат (однако ИФА может оставаться положительным (!) при наличии вышеперечисленных условий) [4]. На стационарном уровне существуют 2 основных подхода к лечению пациентов с цистным эхинококкозом печени: консервативное лечение (противопаразитарные препараты), хирургическое лечение. При отсутствии эффекта от лечения альбендазолом, развитии осложнений дальнейшая лечебная тактика должна быть определена в пользу хирургического лечения после консультации хирурга.

Хирургическое лечение с указанием показаний для оперативного вмешательства проводится согласно соответствующему клиническому протоколу диагностики и лечения. Согласно международным рекомендациям ВОЗ изменилась схема периоперационной вторичной профилактики и постоперационное лечение цистного эхинококкоза печени. При планировании малоинвазивных вмешательств или открытого хирургического доступа рекомендуется периоперационная вторичная профилактика эхинококкоза путем назначения альбендазола за 3-4 дня до процедуры, а также постоперационное лечение альбендазолом в течение 3-8 недель при неосложненных формах и 3-6 месяцев в случае присоединения осложнений.

Обязательно проводить мониторинг пациентов с цистным эхинококкозом печени (табл. 3) [4].

Таким образом, клинический протокол «Цистный эхинококкоз (печени) у взрослых» отвечает запросам практического здравоохранения и освещает вопросы, которые не входят в компетенцию специалистов хирургического профиля. Данный Клинический протокол имеет целью стандартизировать подходы к диагностике, тактике лечения, учету, регистрации, диспансеризации больных эхинококкозом на основе международных рекомендаций и принципов доказательной медицины, тем самым существенно дополняет утвержденный ранее клинический протокол «Эхинококкоз у взрослых (эхинококкоз органов брюшной полости)», утвержденной 10 декабря 2015 г. (протокол №1) по специальности «Хирургия».

Прозрачность исследования

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

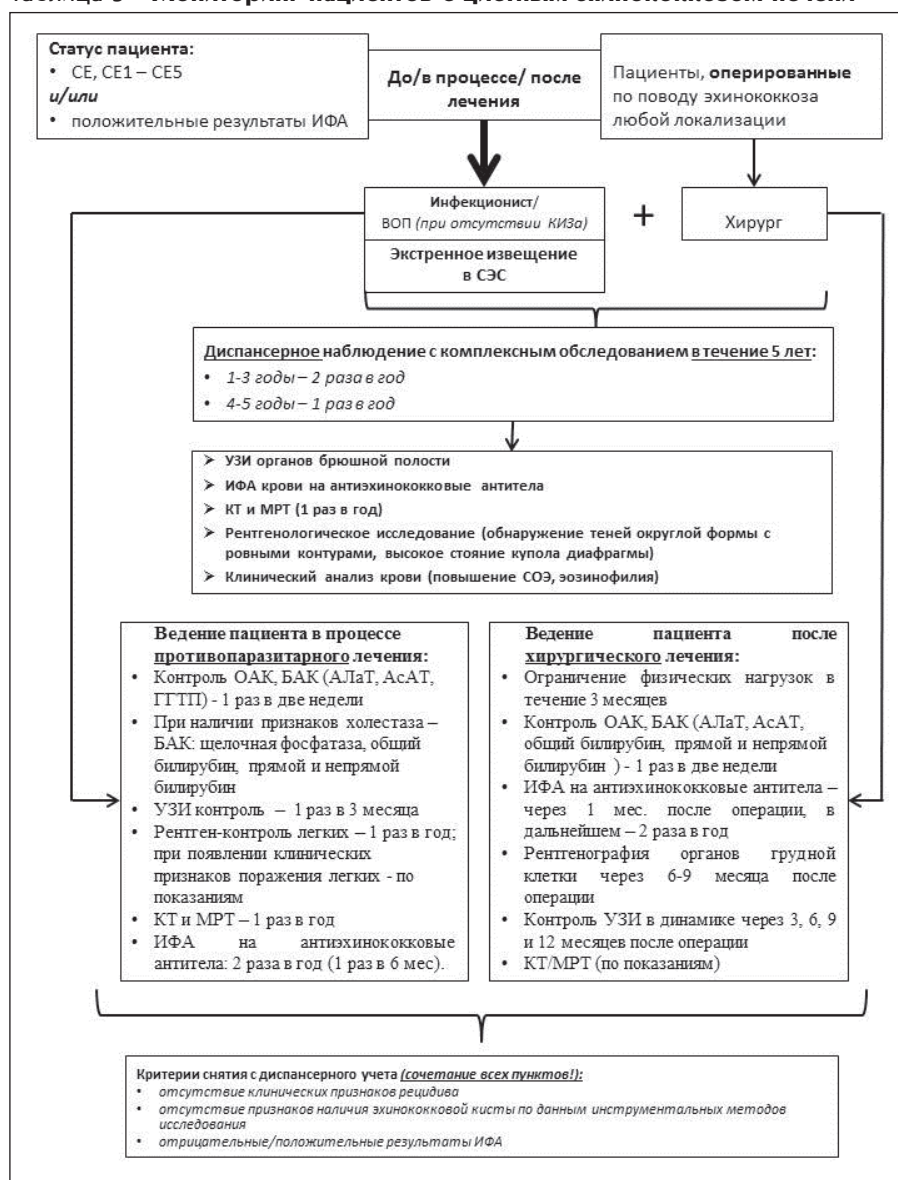
Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

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 Приказ Министра национальной экономики Республики Казахстан № 283 от 31 марта 2015 года «Санитарные правила Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических

Таблица 3 - Мониторинг пациентов с цистным эхинококкозом печени



(профилактических) мероприятий по предупреждению паразитарных заболеваний» (п. 7. Требования к организации и проведению мероприятий по предупреждению эхинококкоза и альвеококкоза). <http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1500010933>

2 Тойгомбаева В.С. Паразитарные болезни Кыргызстана. Автореферат дисс. ... д.м.н. – Бишкек, 2010. – 45 с.

3 Клинический протокол «Эхинококкоз у взрослых (эхинококкоз органов брюшной полости), утвержденной 10 декабря 2015 г. (протокол №1) по специальности «Хирургия». http://www.rcrz.kz/docs/clinic_protocol/2015/2npr/

4 Клинический протокол диагностики и лечения «Цистный эхинококкоз печени у взрослых», утвержденный МЗСР (протокол №9 от 16.08.2016 г.). http://www.amu.kz/science_and_research_clinic/clinic/Protocol/hirurgy/

5 Brunetti E., Kern P., Vuitton D.A. Expert consensus for the diagnosis and treatment of cystic and alveolar echinococcosis in humans //ActaTropica. – 2010. – Vol. 114. – No. 1. – P. 1-16

REFERENCES

1 Prikaz Ministra natsional'noy ekonomiki Respubliki Kazakhstan № 283 ot 31 marta 2015 goda «Sanitarnye pravila Sanitarно-epidemiologicheskие trebovaniya k organizatsii i provedeniyu sanitarno-protivoepidemicheskikh (profilakticheskikh) meropriyatiy po preduprezhdeniyu parazitarnykh zabolevaniy». (p. 7. Trebovaniya k organizatsii i provedeniyu meropriyatiy po preduprezhdeniyu ekhinokokkoza i al'veokokkoza). [Order of the Minister of National Economy of the Republic of Kazakhstan No. 283 of March 31, 2015 "Sanitary rules Sanitary and epidemiological requirements for the organization and conduct of sanitary and anti-epidemic (preventive) measures to prevent parasitic diseases." (clause 7. Requirements for the organization and conduct of measures to prevent echinococcosis and alveococcosis)]. Available from: <http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1500010933>

2 Toigombaeva VS. Parazitarnye bolezni Kyrgyzstana. Avtoref. diss. ... d.m.n. [Parasitic diseases of Kyrgyzstan. Abstract of diss. ... Doctor of Medical Sciences]. Bishkek; 2010. P. 45

3 Klinicheskiy protokol «Ekhinokokkoz u vzroslykh (ekhinokokkoz organov bryushnoy polosti), utverzhdennoy 10 dekabrya 2015 g. (proto-kol №1) po spetsial'nosti «Khirurgiya» [Clinical protocol "Echinococcosis in adults (echinococcosis of the abdominal cavity organs), approved on December 10, 2015 (protocol number 1) on the specialty "Surgery"]. Available from: http://www.rcrz.kz/docs/clinic_protocol/2015/2npr/

4 Klinicheskiy protokol diagnostiki i lecheniya «Tsistnyy ekhinokokkoz pecheni u vzroslykh», utverzhdennoy MZSR (protokol №9 ot 16.08.2016 g.) [Clinical protocol for diagnosis and treatment of "Liver cyst in adults", approved by the Ministry of Health (Protocol No. 9 of August 16, 2016)]. Available from: [http://www.amu.kz/science_and_research_clinic/clinic/Protocol/hirurgy.](http://www.amu.kz/science_and_research_clinic/clinic/Protocol/hirurgy/)

5 Brunetti E, Kern P, Vuitton DA. Expert consensus for the diagnosis and treatment of cystic and alveolar echinococcosis in humans. *ActaTropica*. 2010;114(1):1-16

Т Ы Ж Ы Р Ы М

А.Қ. ДҮЙСЕНОВА¹, Г.А. ШОПАЕВА¹, К.Т. БАЙЕКЕЕВА¹, Ж.Ж. ШАПИЕВА²

¹С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, Алматы қ., Қазақстан Республикасы,

²ҚР ДСМ Санитарлық-эпидемиологиялық сараптама және мониторинг ғылыми-практикалық орталығы, Алматы қ., Қазақстан Республикасы

БАУЫРДЫҢ ЦИСТТІК ЭХИНОКОККОЗЫ: ДИАГНОСТИКА МЕН ЕМДЕУ САЛАСЫНДАҒЫ ИННОВАЦИЯЛАР

Эхинококкоз – ұзақ созылмалы, рецидивті ағыммен, асқынулар мен өлім-жітім дамуының жоғары қауіпімен сипатталатын, Қазақстан Республикасы үшін өзекті паразитарлы инвазия. Қазақстан Республикасында эхинококкоз емімен әдетте хирургтар айналысады, себебі, түпкілікті емдеу әдісі хирургиялық ем болып табылады. Біз «Ересектердегі цисттік эхинококкоз (бауырдың)» Клиникалық хаттамасын өңдедік. Бұл хаттаманың мақсаты – эхинококкозбен ауырған науқастардың диагностикасын, емдеу тактикасын, оларды есепке алу, тіркеу, диспансеризациялау ережелерін халықаралық ұсыныстарға және дәлелдеу медицина принциптеріне сай стандарттау; яғни, жаңа хаттама 2015 жылдың 10 желтоқсанында «Хирургия» мамандығы бойынша бекітілген (№1 хаттама) «Ересектердегі эхинококкоз (құрсақ қуысындағы мүшелердің эхинококкозы)» клиникалық хаттамасын анағұрлым толықтырады.

Негізгі сөздер: бауырдың цисттік эхинококкозы, жіктелу (WHO-IWGE, 2003 ж., 2010 ж.), диагностика мен емдеу клиникалық хаттамасы, альбендазол.

SUMMARY

A.K. DUSENOVA¹, G.A. SHOPAEVA¹, K.T. BAYEKEEVA¹, Zh.Zh. SHAPIYEVA²

¹Asfendiyarov Kazakh national medical university, Almaty c., Republic of Kazakhstan,

²Scientific-practical center of sanitary-epidemiological expertise and monitoring of the Ministry of Healthcare of the Republic of Kazakhstan, Almaty c., Republic of Kazakhstan

CYSTIC ECHINOCOCCOSIS OF THE LIVER: INNOVATIONS IN DIAGNOSTICS AND TREATMENT

Echinococcosis is a parasitic infestation which is characterized by a long-term chronic, recurrent course with a high risk of complications and mortality rate. Traditionally, in the Republic of Kazakhstan, echinococcosis is treated by surgery, since it is a radical treatment method for this disease. We have prepared the Clinical Protocol "Cystic Echinococcosis (Liver) in Adults", which has standardized approaches to diagnosis, treatment of patients with echinococcosis based on international recommendations and principles of evidence-based medicine. The Clinical protocol significantly supplements the previously approved Clinical protocol "Echinococcosis in Adults (echinococcosis of the abdominal cavity)", approved on December 10, 2015 (protocol №1) for «Surgery» specialty.

Key words: cystic liver echinococcosis, classification (WHO-IWGE, 2003, 2010), clinical protocol for diagnosis and treatment, albendazole.

Для ссылки: Дуйсенова А.К., Шопеева Г.А., Байекеева К.Т., Шапиева Ж.Ж. Цистный эхинококкоз печени: инновации в диагностике и лечении // *Medicine (Almaty)*. – 2017. – No 9 (183). – P. 164-168

Статья поступила в редакцию 18.08.2017 г.

Статья принята в печать 11.09.2017 г.