

УДК 616.24-002.951.21

З.А. Азизов, К.М. Курбонов

**ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
ЭХИНОКОККОЗА В ТАДЖИКИСТАНЕ**

ГУ “Комплекс здоровья Истиклол”
ГКБ СМП г. Душанбе

Азизов Зубайдулло Абдуллоевич – научный сотрудник ГУ “Комплекс здоровья Истиклол”; e-mail: azizov-med76@mail.ru; тел.: 2-39-89-49; +992 918-68-73-17

Цель исследования. Оценка уровня заболеваемости, разработка путей комплексной профилактики, ранней диагностики и лечения эхинококковой болезни в Таджикистане.

Материал и методы исследования. В работе приведены результаты лечения 213 больных с эхинококковым поражением органов брюшной полости, оперированных в хирургических отделениях Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Душанбе за период 2012-2016 годы.

Использованы инструментальные (УЗИ, компьютерная томография, рентгенодиагностика), серологический (обнаружение антител к эхинококку иммуноферментным методом), гистологический методы. Полученные данные обработаны методом вариационной статистики.

Результаты исследования и их обсуждение. В 116 (54,4%) случаях выявлен высокий риск инфицирования среди пациентов - владельцев собак, которым не проводилась дегельминтизация. Среди 36,6% обследованных на наличие специфических антител к *Echinococcus granulosus* методом иммуноферментного анализа пациентов антитела были позитивны у 30 (38,4%) больных.

Эхинококкэктомия без вскрытия кисты - «идеальная» - выполнена 24 (11,2%) больным, в том числе резекция печени - 11 (5,1%), цистперицистэктомия - 9 (4,2%), удаление селезенки - 4 (1,8%). Открытая эхинококкэктомия проведена 189 больным. Послеоперационные осложнения возникли у 21 (9,8%), летальность составила 3,7%. В 42 случаях применено лапароскопическое удаление кисты. Послеоперационные осложнения развились у 21 (9,8%) больных, летальность составила 3,7%.

Заключение. За период 2012–2016 гг. отмечается увеличение показателей заболеваемости эхинококкозом в Таджикистане. У 62,9% выявлено эпидемиологический характер инфицирования. Радикальные методы эхинококкэктомии печени (краевая, атипичная и типичная резекции печени, тотальная цистперицистэктомия) являются эффективными в плане снижения рецидивов заболевания. Органосохраняющие операции (апластизация кист, субтотальная перицистэктомия, наружное дренирование фиброзной полости) при соблюдении принципов профилактики рецидива (обработка полости кисты дезинфицирующими растворами, проведение противорецидивной терапии) также являются эффективными и не уступают радикальным операциям. Высокий процент рецидива заболевания (19,2%) после оперативных вмешательств указывает на необходимость проведения противорецидивной терапии. Проведение специфической терапии в пред- и послеоперационном периодах у больных с эхинококкозом органов брюшной полости снижает процент рецидивов заболевания.

Ключевые слова: эхинококкоз, распространенность, профилактика, хирургическое лечение эхинококкоза, противорецидивная терапия.

Z.A. Azizov, K.M. Kurbonov

**THE ISSUES OF PREVENTION, DIAGNOSIS, AND TREATMENT
OF ECHINOCOCCOSIS IN TAJIKISTAN**

State Institution “Istiqlof health complex”, Dushanbe, Tajikistan

Azizov Zubaidullo Abdulloevich – Researcher at State Institution “Istiklol Health Complex”; e-mail: azizov-med76@mail.ru; tel.: 2-39-89-49; +992 918-68-73-17

Aim. To assess the morbidity, development of complex strategies of prevention, early diagnosis and treatment of echinococcosis in Tajikistan.

Material and methods. The study covers 213 cases of patients with echinococcosis of abdominal cavity organs operated at surgery departments of Dushanbe City Clinical Hospital of Emergency during 2012-2016.

Following instrumental, serology and histology methods were applied: ultrasound, CT, X-ray, immunoferment analysis of antibodies for Echinococcus. The findings were processed by methods of variation statistics.

Results. High risk of infection was found in 116 (54,4%) cases among dog owners, whose dogs had not received deworming. Of 36, 5% of observed patients 30 (38,4%) had specific antibodies for Echinococcus granulosus found by immunoferment analysis.

Hydatid cyst removal, where cyst stays intact was performed in 24 (11,2%) cases of liver resection, in 9 (4,2%) cases of cysto-pericystectomy and in 4 (1,8%) cases of spleen removal. Post operation complications were found in 21 (9,8%) patients, where mortality made 3,7% of cases.

Conclusion. The increase of echinococcosis is observed in Tajikistan during the period of 2012-2016. In 62,9% of cases, the infection has epidemic features. Radical methods of liver hydatid cyst removal like marginal atypical and typical resection of the liver and total cysto-pericystectomy are effective in terms of disease relapse prevention. Organ-preserving operations like aplatisation of a cyst, subtotal pericystectomy and external drainage of the fibrous cavity are also effective approaches that are not inferior to radical operations. A high percentage of disease relapse (19,2%) shows the necessity of anti-relapse therapy after the operation. Specific therapy in the preoperative and postoperative period in patients with echinococcosis of abdominal cavity decreases relapse of the disease.

Keywords: echinococcosis, spread, prevention, surgical treatment of echinococcosis, anti-relapse therapy.

Актуальность. Эхинококкоз относится к числу весьма актуальных медико-социальных проблем в Республике Таджикистан (РТ) в связи с распространенностью, высоким процентом послеоперационных осложнений (13,0-28,5%), инвалидизации (9,0-21,0%) и летальности (2,5-14,3%) (1,4,5).

Внедрение высокоточных технологий - УЗИ, КТ, ЯМР в медицине в настоящее время почти с чувствительностью 100% позволяет диагностировать эхинококковое поражение органов. Но дифференциальная диагностика кистозных образований представляет в ряде случаев значительные трудности [2, 5]. Информативность серологических реакций с целью дифференциальной диагностики эхинококкоза достигает 82% [2, 6].

В связи с отсутствием специфичности клинико-лабораторных проявлений эхинококкоза инструментальные методы исследования занимают ведущее место в диагностике заболевания.

Глубокие иммунные нарушения у больных эхинококкозом требуют наряду с хирургическим удалением эхинококковой кисты проведения иммунокорректирующей и биостимулирующей терапии.

Применение только радикальных методов хирургического лечения эхинококковых кист с частичной или полной резекцией органа, как показывает практика, не всегда оказывается эффективной, так как процент послеоперационных осложнений и рецидив заболевания после этих вмешательств остаётся высоким. В последние годы некоторые авторы предпочитают применение менее травматичных вмешательств с применением специфической противорецидивной терапии при эхинококкозе, учитывая их высокую противорецидивную эффективность и низкие показатели послеоперационных осложнений [2, 6].

Цель исследования. Оценка уровня заболеваемости, разработка путей комплексной профилактики, ранней диагностики и лечения эхинококковой болезни в Таджикистане.

Материал и методы исследования. В работе приведен анализ результатов лечения 213 больных с эхинококкозом, оперированных в хирургических отделениях Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Душанбе за период 2012-2016 годы.

Для уточнения диагноза использованы инструментальные (УЗИ, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, рентгенологические методы), серологический (обнаружение антител к эхинококку иммуноферментным методом), гистологический методы.

Для обработки полученных данных использован метод вариационной статистики.

Результаты исследования и их обсуждение. По данным Республиканского центра медицинской статистики и информации Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, заболеваемость эхинококкозом сохраняется на высоком уровне (табл.1).

Как видно из таблицы 1, заболеваемость чаще встречается в Согдийской области, г.Душанбе и районах республиканского подчинения. Высокая заболеваемость в районах связана с уровнем развитием животноводства и слабой профилактической деятельностью, а в городе Душанбе - с миграцией сельского населения в город.

Поскольку единственным радикальным методом лечения эхинококкоза является хирургический, количество операций и связанных с ней осложнений, а также смертность остаются устойчиво высокими в республике (табл. 2).

Таблица 1

Заболеваемость эхинококкозом в различных регионах РТ

Регионы	Годы				
	2012	2013	2014	2015	2016
г. Душанбе	21	17	38	31	31
Согдская область	132	190	124	84	122
Хатлонская область	-	18	4	-	8
ГБАО	7	3	5	5	1
РРП	36	32	20	23	24
Всего	196	261	191	143	186

Многие заболевшие имели риск инфицирования эхинококкозом. В 116 (54,4%) случаях пациенты являлись владельцами собак, которым не проводили дегельминтизацию, 134 (62,9%) пациента дома имели несколько животных (собаки, коровы, овцы), которым также не проведена дегельминтизация. У 48 больных (22,5%) эпидемиологический анамнез выяснить не удалось.

Собаки, в том числе бродячие, загрязняют фекалиями окружающую среду. Исследования, проведенные в разных странах мира, показали значительную загрязненность грунта, овощей,

фруктов и зелени яйцами гельминтов, что является одним из основных источников заражения.

Проведенный анализ данных о локализации эхинококковых кист показал, что чаще отмечается поражение правой доли печени - 89 (41,7%), VI–VII сегментов и левой доли печени - 76 (35,6%). Далее по частоте локализации кисты встречались в селезенке – у 22 (10,3%), большом сальнике – у 9 (4,2%), яичниках – у 8 (3,7), брыжейке толстого кишечника – у 5 (2,3%), поджелудочной железе – у 4 (1,8%) пациентов.

Таблица 2

Показатели количества осложнений и смертности по Республике Таджикистан

Регионы	Годы											
	2012			2013			2014			2015		
	количество	осложнение	смертность	количество	осложнение	смертность	количество	осложнение	смертность	количество	осложнение	смертность
г. Душанбе	287	1	-	296	-	-	285	6	-	651	17	1
Согдская область	314	2	-	303	3	1	267	4	-	280	2	-
Хатлонская область	91	4	-	79	-	-	84	3	-	50	1	-
ГБАО	7	-	-	4	-	-	7	-	-	6	-	-
РРП	85	2	-	79	3	-	74	1	-	82	-	-
Всего	784	9	-	761	6	1	717	14	-	1069	20	1

У 24 (11,2%) больных отмечены множественные поражения органов эхинококком. Клинические проявления при локализации эхинококковой кисты в печени и органах брюшной полости отмечались в течение нескольких недель, месяцев и до 2–3 лет. Чаще отмечались болевой синдром и тяжесть в области правого подреберья и эпигастрии, которые сочетались с тошнотой (48,4%), общей слабостью (52%), снижением аппетита (64%), потерей массы тела (22,2%). Длительный подъем температуры тела до субфебрильных цифр отмечен у 38,4% больных, токсико-аллергические проявления разной степени выраженности с

появлением высыпаний аллергического характера - у 14%. У 58 (27,2%) больных эхинококковое поражение было диагностировано при плановом обследовании.

Ультразвуковой метод диагностики, как самый эффективный, проведен всем пациентам. У 20,6% больных использованы компьютерная или магнитно-резонансная томография, показанием для проведения последних служили трудности дифференциальной диагностики с непаразитарными кистами, наличие множественных поражений печени, сочетанный эхинококкоз, рецидивный эхинококкоз и диагностика осложнений.

78 (36,6%) больных были обследованы на наличие специфических антител к *Echinococcus granulosus* методом иммуноферментного анализа. Позитивные результаты получены у 30 (38,4%) больных, у 48 (61,5%) пациентов, несмотря на наличие клинических проявлений заболевания и по данным ультразвукового исследования, специфические антитела не обнаруживались, что затрудняло диагностику эхинококкоза. Эозинофилия в пределах 10-25% выявлена только у трети больных. По данным ряда исследователей, иммуноферментный анализ не имеет невысокой специфичности в диагностике эхинококкоза. Так, у 31,2% пациентов с неосложненным течением эхинококкоза легких и у 17,7% больных эхинококкозом печени антитела к *Echinococcus granulosus* отсутствовали. Авторы считают, что частое отсутствие антител связано с особенностями жизнедеятельности паразита: эхинококк включает в свой жизненный цикл белки хозяина, маскируя свое пребывание в организме. Защите от иммунной атаки способствует утрата клетками гидатиды части рецепторов и выработка паразитом веществ, обладающих иммуносупрессивной активностью [2]. Но нужно отметить, что, несмотря на низкую диагностическую информативность, метод иммуноферментного анализа позволил поставить окончательный диагноз больным при затруднительных случаях диагностики.

Все больные были оперированы. Закрытая «идеальная» эхинококкэктомия без вскрытия кисты выполнена 24 (11,2%) больным, в том числе резекция печени - 11 (5,1%), цистперикистэктомия - 9 (4,2%), удаление селезенки - 4 (1,8%). Открытая эхинококкэктомия выполнена 189 больным. Послеоперационные осложнения возникли у 21 (9,8%) больного, летальность составила 3,7%. Эхинококкэктомия с тампонадой остаточной полости сальником выполнена 11 больным. 14 больным проведена эхинококкэктомия с инвагинацией в остаточную полость краев и свободных участков фиброзной капсулы.

42 больным выполнено лапароскопическое удаление кисты. С целью интраоперационной противопаразитарной обработки эхинококковых кист применяли 0,5% раствор фенбендазола и 0,25% уре-султана.

Рецидивирующая форма заболевания имела место у 41 (19,2%) пациента. Факторами, приводящими к рецидиву заболевания, являлись сохранение в организме больного мелких резидуальных эхинококковых кист, не выявленных до операции, сохранение в фиброзной капсуле и перикистозной ткани зародышевых элементов, которые со временем трансформировались в кисты, и интраоперационное обсе-

менение зародышевыми элементами. Одной из основных причин рецидива заболевания является обсеменение брюшной полости при разрыве кисты или неполное удаление дочерних пузырей во время операции. Поэтому химиопрофилактика рецидивов эхинококкоза после оперативного лечения является важным вопросом. Наше мнение совпадает с мнением некоторых авторов, которые считают, что эффективность хирургического лечения увеличивается, если химиопрофилактику проводить не только после, но и перед хирургическим удалением эхинококковых кист.

Учитывая эффективность химиопрофилактики, 120 (56,3%) больным назначена специфическая противорецидивная терапия до и после оперативного вмешательства.

Послеоперационную химиопрофилактику проводили альбендозолом из расчета по 10 мг/кг массы тела в течение 28 дней с перерывами в 2 недели, от 1 до 3 курсов.

Длительность диспансерного наблюдения после проведенного курса химиопрофилактики составила от 3 до 5 лет. Повторные исследования проводились каждые 6 месяцев.

Критериями отсутствия рецидива, излеченности и снятия с диспансерного учета считали отрицательные результаты инструментальных методов исследования на наличие эхинококковой кисты с сочетанием устойчиво отрицательных результатов антител к *Echinococcus granulosus* методом ИФА. Среди наблюдавшихся больных, которые получили противорецидивную терапию, рецидив заболевания отмечен у 7 (5,8%).

Выводы

1. За период 2012–2016 гг. отмечается увеличение количества заболевших эхинококкозом в Таджикистане.

2. Эпидемиологический риск инфицирования составляет 62,9%.

3. Рецидив эхинококкоза после радикальных методов эхинококкэктомии из печени, таких как краевая, атипичная и типичная резекции печени, снижается, но процент осложнений остаётся высоким.

4. Органосохраняющие операции - аплатизация кисты, субтотальная перикистэктомия, наружное дренирование фиброзной полости - при соблюдении техники профилактики обсеменения и противопаразитарной обработки полости эхинококковых кист не уступают по эффективности радикальным методам.

5. Высокий процент рецидива эхинококкоза (19,2%), несмотря на совершенствование методов операции, указывает на необходимость проведения противорецидивной химиотерапии в пред- и послеоперационном периодах.

ЛИТЕРАТУРА (п. 6 см. в REFERENCES)

1. Амонов Ш.Ш., Прудков М.И., Гулмуродов Т.Г., Орлов О.Г., Амонов Ш.Н. Интраоперационная диагностика жёлчных свищей при эхинококкозе печени // *Здравоохранение Таджикистана*.- 2012.- № 4.- С. 22-27
2. Ахмедов И.Г. Рецидив эхинококковой болезни: патогенетические аспекты, профилактика, ранняя диагностика и лечение // *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*.- 2006.- № 4.- С. 52-57.
3. Джабаров А.И. Распространённость эхинококкоза в Республике Таджикистан // *Здравоохранение Таджикистана*.- 2013.- № 3 (318).- С. 29-33.
4. Махмадов Ф.И., Курбонов К.М., Даминова Н.М. Выбор тактики хирургического лечения осложнённого эхинококкоза печени // *Известия Академии наук Республики Таджикистан. Отделение биологических и медицинских наук*.- 2010.- № 1.- С. 72-78.
5. Салимов Д.С., Мадалиев Р.И., Умаров Ш.Р. Возможности диагностики доклинических форм эхинококковой болезни // *Вестник Авиценны*.- 2009.- № 2 (39).- С. 55-59.

REFERENCES

1. Amonov Sh. Sh., Prudkov M. I., Gulmurodov T. G., Orlov O. G., Amonov Sh. N. Intraoperative diagnosis of biliary fistulas in liver echinococcosis. *Zdravookhranenie Tadjikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2012, No. 4, pp. 22-27
2. Akhmedov I. G. Retsidiv ekhinokokkovoy bolezni: patogeneticheskie aspekty, profilaktika, rannaya diagnostika i lechenie [Relapse of echinococcal disease: pathogenetic aspects, prevention, early diagnosis and treatment]. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova – Surgery. Journal named after N.I. Pirogov*, 2006, No. 4, pp. 52-57.
3. Dzhaborov A. I. Rasprostranyonnost ekhinokokkoza v Respublike Tadjikistan [The prevalence of echinococcosis in the Republic of Tajikistan]. *Zdravookhranenie Tadjikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2013, No. 3 (318), pp. 29-33.
4. Makhmadov F. I., Kurbonov K. M., Daminoval N. M. Vybortaktiki khirurgicheskogo lecheniya oslozhnennogo ekhinokokkoza pecheni [The choice of tactics of surgical treatment of complicated liver echinococcosis]. *Izvestiya Akademii nauk Respubliki Tadjikistan. Otdelenie biologicheskikh i meditsinskikh*

nauk - News of the Academy of Sciences of the Republic of Tajikistan. Department of biological and medical sciences, 2010, No. 1, pp. 72-78.

5. Salimov D. S., Madaliev R. I., Umarov Sh. R. Vozmozhnosti diagnostiki doklinicheskikh form ekhinokokkovoy bolezni [Possibilities of diagnosis of preclinical forms of echinococcal disease]. *Vestnik Avitsenny – Herald of Avicenna*, 2009, No. 2 (39), pp. 55-59.

6. Shams-Ul-Bari, Arif SH, Malik AA. et al. Role of albendazole in the management of hydatid cyst liver. *Saudi Journal of Gastroenterology*, 2011, Vol. 7, No. 5, pp. 343-347.

З.А. Азизов, К.М. Курбонов

МАСЪАЛАҲОИ ПЕШГИРӢ, ТАШХИС ВА ТАБОБАТИ ЭХИНОКОККОЗ ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

Мақсади таҳқиқот. Арзёбии сатҳи беморшавӣ, коркарди услубҳои пешгирӣ, ташхиси саривақтӣ ва табобати эхинококкоз дар Тоҷикистон.

Мавод ва услубҳои таҳқиқот. Дар мақола натиҷаи табобати 213 нафар бемороне, ки бо эхинококкоз ҷарроҳӣ шудаанд, оварда шудааст. Барои аниқ намудани ташхис услубҳои муносири олотӣ ва лабораторӣ истифода шудааст.

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи он. Муайян карда шуд, ки дар байни беморон 54,4% хатари баланди эпидемиологӣ доштаанд.

Дар 36,6% беморон таҳқиқоти иммуноферментӣ гузаронида шудааст, ки танҳо дар 38,4% беморон антителаҳо бар зидди *Echinococcus granulosus* ошкор карда шудааст.

Эхинококкэктомияи идеалӣ дар 24 (11,2%), кушода, дар 189 (88,7%) беморон гузаронида шудааст. Оризаҳои баъди ҷарроҳӣ 9,8%, марговарӣ 3,7% - ро ташкил додааст.

Хулоса. Солҳои охир шумораи беморон бо эхинококкоз дар Тоҷикистон тамоюл ба зиёдшавӣ дорад. Истифодаи услубҳои ҷарроҳии миниинвазивӣ бо истифодаи табобатии зиддиуфанатӣ дар давраи пеш- ва баъдазҷарроҳӣ боиси паст гаштани ориза, фавтнокӣ ва шумораи такрорёбии беморӣ мегардад.

УДК 619;616.995.1/614.4(575.3)

М.У. Каюмова, Ш.Ш. Розиков, М.С. Талабов, Р.А. Турсунов

САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР ЗА ТОКСОКАРОЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

ГУ «Научно-исследовательский институт профилактической медицины Таджикистана» МЗиСЗН РТ

Каюмова Мархабо Узаковна – младший научный сотрудник лаборатории паразитологии ТНИИ профилактической медицины МЗиСЗН РТ; e-mail: markhabo_kayumova@mail.ru