

М.Н. Бобожинов, Р.Н. Бердиев, Х.Дж. Рахмонов
ГОУ "ТГМУ имени Абуали ибни Сино",
Кафедра нейрохирургии и сочетанной травмы

СИСТЕМА АКТИВНОГО ВЫЯВЛЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ЧЕЛОВЕКА

Для активного выявления больных эхинококкозом разработана система, согласно которой, в качестве отправного пункта принимается больной с верифицированным диагнозом эхинококкоза. В группу риска "пациента" мы включили 52 больных эхинококкозом головного мозга. Исходя из патогенеза и в зависимости от вероятности и интенсивности контакта с переносчиками болезни, выделяются две группы риска. В группу риска 1-порядка включаются члены семьи больного. В группу риска 2-порядка входят лица, проживающие в ближайшем соседстве с больным и близкие родственники. В эндемических очагах система активного выявления позволяет существенно улучшить диагностику ранних стадий эхинококкоза.

Ключевые слова: эхинококкоз, диагностика, головной мозг

Введение

Несмотря на несомненные успехи, достигнутые в реабилитации больных эхинококкозом, в настоящее время сохраняется ряд вопросов, привлекающих внимание исследователей. Прежде всего, это касается вопросов его диагностики, что обусловлено отсутствием четкой симптоматики заболевания, особенно в раннем периоде его развития. Поздняя диагностика эхинококкоза приводит к декомпенсированной стадии, что соответственно определяет прогноз заболевания. Прогноз эхинококкоза человека зависит также от раннего своевременного проведения комплексных методов лечения [1, 2, 4, 5, 7, 8]. Вместе с тем, по мере роста паразита и развития болезни, тактика лечения больных также меняется. Так, по мнению А.Т. Пулатова (2004), киста размером от 1 до 3 см хорошо поддается консервативному лечению противопаразитарными препаратами. Кисты большего диаметра чаще вступают в стадию вегетативного размножения с образованием дочерних и внучатых пузырей, что ухудшает клиническую ситуацию и прогноз.

Диагностика эхинококкоза, особенно на ранней стадии (до-клинический) заболевания, представляет трудную задачу. Одним из вариантов решения проблемы считается активное выявление больных путем скрининга населения. При этом объектом массового обследования являются учреждения (ведомственный тип) и населенные пункты (территориальный тип). Для повышения эффективности обследования подобные исследовательские группы усиливаются флюорографической, ультразвуковой аппаратурой, оборудованием для проведения серодиагностических исследований. Следует отметить, что наряду с несомненными преимуществами скрининговые исследования имеют и определенные недостатки, основным из которых можно считать отсутствие конкретного круга лиц, нуждающихся в углубленном обследовании. Поэтому обнаруживаемые случаи болезни являются, по сути, случайной находкой. Кроме этого, проведение скрининга определенных групп населения довольно затруднительно, что обусловлено появлением производств с разными видами собственности, усилением миграционных процессов в обществе, а также увеличением удельного веса сезонных работников с временным привлечением к выполнению строго определенных задач. Подобную картину можно наблюдать как в сфере производства, так и в сфере переработки и потребления мясной и молочной продукции. Немаловажное значение имеет и дороговизна исследований. Традиционные (клинико-лабораторные, рентгенологические) исследования малоинформативные, особенно на ранних стадиях болезни, а более точные, такие как компьютерная томография и магнитно-резонансное томографическое исследование, малодоступны для массового применения.

Анализ сложившейся ситуации показывает, что клиническое значение скрининговых исследований при эхинококковой болезни заметно снизилось. Основными недостатками подобных исследований можно считать безадресность, малоинформативность и дороговизну, что имеет не маловажное значение в условиях рыночных отношений [3].

Вместе с тем объективные возможности для преодоления указанных трудностей в настоящее время существуют. На наш взгляд, в активном выявлении больных, профилактических осмотрах, наблюдениях и лечении большую роль должны играть семейные врачи. В структуры семейной медицины заложены ресурсы для обеспечения максимального охвата, адресности и целевой направленности диагностических, лечебных и профилактических мероприятий, отвечающих специфике эхинококкоза.

В меньшей степени изученности, на наш взгляд, находятся вопросы диспансеризации больных эхинококкозом головного мозга. Отсутствие достоверных данных заболеваемости населения не дает полной эпидемиологической характеристики региона.

Цель исследования

Оптимизировать систему активного выявления больных эхинококкозом.

Материалы и методы

Для активного выявления больных разработана определенная система (Рацпредложение. Удостоверение №2061/Р-92, выданное ТГМУ от 2003г.). Согласно этой системе, в качестве отправного пункта принимается больной с установленным и верифицированным диагнозом, эхинококкоз головного мозга, из группы риска "пациента". В группу риска "пациента" мы включили 52 больных с верифицированным диагнозом - эхинококкоз головного мозга - в возрасте от 4 до 46 лет, находившихся на лечении на базе кафедры нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ "ТГМУ им. Абуали ибни Сино" за период 2000-2019гг.

Причиной включения больных в данную группу было наличие факта заболевания эхинококкозом. Диагноз был установлен на основании клинико-неврологических, лабораторных, рентгенологических, ультразвуковых (УЗИ) нейроофтальмологических, эхоэнцефалоскопических (ЭХО-ЭС), компьютерных и магнитно-резонансных томографических (КТ, МРТ) данных. Исходя из

патогенеза и в зависимости от вероятности и интенсивности контакта с переносчиками болезни, а также из экологического благополучия территории, выделяются две группы риска.

В группу риска 1-порядка включаются члены семьи больного. Показаниями к их включению в группу риска 1-го порядка были общее (совместное с больным) хозяйство, продукты потребления, а также общие санитарно-гигиенические навыки и жилищный уклад. Исходя из современных взглядов на патогенез заболевания, эта группа наиболее подвержена возможному заражению возбудителем эхинококкоза. Среди обследованных нами пациентов в эту группу вошли 416 человек.

В группу риска 2-порядка входят лица, проживающие в ближайшем соседстве с больным и близкие родственники. Показаниями к включению в группу риска 2-го порядка были общность бытового уклада по этническим и родовым признакам, идентичные территориальные, экологические и социальные условия проживания. В эту группу вошли 673 человека. Всего в обеих группах риска было обследовано 1089 человек.

При определении объема обследования в группах риска следует исходить из возможностей диагностики и дифференциальной диагностики болезни. По показаниям применяли клинические, физикальные, лабораторные, инструментальные (рентгенологические, УЗИ, ЭХО-ЭС, КТ, МРТ) и серологические реакции по общепринятым методикам. На разных этапах развития болезни информативность каждого из перечисленных методов неодинакова. Трудности в диагностике возникают при локализации кисты в нетипичных местах, в труднодоступных органах.

Результаты и их обсуждение

Исследования показали, что систему активного выявления случаев спонтанной инвазии эхинококкоза целесообразно строить путём формирования групп риска с учётом генеза заболевания. При этом основное внимание уделяется лицам с наиболее высокой вероятностью заражения возбудителем эхинококкоза.

При обследовании лиц, входящих в группу риска 1-го порядка, мы обнаружили эхинококковые кисты у одного в сердце во 2-й стадии развития, у 3-х в печени, у 4-х в легких в 1-й стадии болезни.

При обследовании пациентов из группы риска 2-го порядка мы обнаружили 9 случаев эхинококкоза. Из них эхинококкоз печени имелся у 4 (3-х в 1-й и у 1-го в 2-й стадии), эхинококкоз легких - у 2 (в 1-й стадии развития), эхинококкоз селезенки - у 1 (во 2-й стадии), почки - у 1 (в 1-й стадии развития), и эхинококкоз головного мозга - у 1 (стадия умеренной декомпенсации заболевания).

По данным УЗИ, КТ и МРТ, диаметр обнаруженных кист колебался от 1,5 до 2,3 см.

Полученные результаты показывают, что соотношение групп риска 1-го порядка по отношению к спонтанно инвазированному больному в среднем составляет 1:8,0, а групп риска 2-го порядка - 1:13. Заболеваемость эхинококкозом в группе риска 1 и 2-го порядка составила соответственно 1,92% и 1,34%. Особого внимания заслуживает то обстоятельство, что в 13 (76,5%) случаях из 17 вновь выявленных больных обнаруживались доклинические стадии болезни.

Таким образом, эффективность борьбы с эхинококкозом зависит от согласованного взаимодействия различных медицинских специальностей. Важным в проблеме эхинококкоза является раннее доклиническое выявление болезни и проведение консервативных и хирургических методов лечения до возникновения осложнений.

Выводы

1. В эндемических эхинококковых очагах система активного выявления позволяет существенно улучшить диагностику ранних стадий эхинококкоза.

2. Особое значение указанное обстоятельство имеет при эхинококкозе редких локализаций, к которым относится эхинококкоз головного мозга и почки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ветшев П.С., Мусаев Г.Х., Бруслик С.В. Эхинококкоз: Современное состояние проблемы // Украинський журнал хірургії. - 2013. - №3(22). - С. 196-201.
2. Лотов А.Н., Чжао А.В., Черная Н.Р. Эхинококкоз: диагностика и современные методы лечения // Трансплантология. - 2010. - №2. - С.18-27.
3. Мадалиев И.Н., Боймуродов О.С., Бобожонов М.Н. Система активного выявления и консервативного лечения эхинококковой болезни. Методические рекомендации. – Душанбе: 2003. – 17 с.
4. Оморов Т.М., Оморов Т.М., Турганбаев Б.Ж. Эхинококкозы головного мозга у детей // Наука и новые технологии.- 2012. - №5. - С. 100-102.
5. Ордабеков С.О., Акшулаков С.К., Кулакеев О.К. Эхинококкоз человека. - Алматы: Эверо, 2009. – 512 с.
6. Пулатов А.Т. Эхинококкоз в детском возрасте. – М.: Медицина, 2004. – 224 с.
7. Sandhyarogu Lakshmi et al. //Disseminated hydatid disease –heart, brain, lung and vascular involvement. A rare case report // International Journal of Research in Health Sciences. - 2014. – Volume 2, Issue 2. - P. 650-353.
8. Siracusano A., Teggi A., Ortona E. //Human cystic echinococcosis: old problems and new perspectives // Int. Perspect Infect Dis. - 2009. - P.368-474.

M.N. Bobojonov, R.N. Berdiev, Kh.J. Rahmonov

THE ACTIVE DETECTION SYSTEM OF HUMAN ECHINOCOCCOSIS

Resume: For active identification of patient the system was developed on. According to this system, a patient with a verified diagnosis of echinococcosis is taken as a starting point. We included 52 patients with cerebral echinococcosis in the "patient" risk group. Based on the pathogenesis and depending on possibility and intensity of contact with disease carrier, two risk groups are distinguished. The 1-order risk group includes family members of the patient. The 2-order group includes people living in the immediate vicinity of the sick and immediate relatives. In endemic foci, the active detection system allows significantly to improve the diagnosis of early stages of echinococcosis.

Keywords: echinococcosis, diagnosis, brain