

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОМОРБИДНОСТИ ПРИ ЭХИНОКОККОВОЙ БОЛЕЗНИ**

**Бутабоев Жасурбек Махмуджонович** — доцент кафедры общей хирургии и трансплантологии Андиганского государственного медицинского института.

**Шайхова Гули Исламовна** — профессор кафедры детской, подростковой и гигиены питания Ташкентского государственного медицинского университета.

**Касимов Адхам Лутфуллаевич** — профессор кафедры общей хирургии и трансплантологии Андиганского государственного медицинского института.

**Отакузиев Ахмадилло Закирджанович** — доцент кафедры хирургических болезней Андиганского государственного медицинского института.

**АННОТАЦИЯ**

Ушбу тадқиқот доирасида биз Фарғона водийсида яшовчи гидатид касаллиги билан оғриган беморларда ижтимоий ва касбий омилларни ҳисобга олган ҳолда қўшма касалликлар билан касалланиш даражасини баҳоладик. Олинган маълумотлар комбинатсияланган патологиялар мавжудлиги ва эхинококкоз тарқалиши ўртасидаги боғлиқликни аниқлади.

Аниқланишича, эхинококкоз билан бирга келадиган касалликлар асосий касалликнинг кечилиши оғирлаштиради ва асоратларни олдини олиш бўйича комплекс чора-тадбирларни амалга оширишни талаб қилади.

**Калит сўзлар:** эхинококк касаллиги, хамрох касаталик, коморбидлик.

**АННОТАЦИЯ**

В рамках настоящего исследования была проведена оценка частоты встречаемости сочетанных заболеваний у пациентов с эхинококковой болезнью, проживающих в Ферганской долине, с учетом социальных и профессиональных факторов. Полученные данные выявили корреляцию между наличием сочетанных патологий и распространением эхинококкоза.

Установлено, что сочетанные заболевания при эхинококкозе усугубляют течение основного заболевания и требуют реализации комплексных мероприятий для предотвращения осложнений.

**Ключевые слова:** эхинококковая болезнь, сочетанная патология, коморбидность.

**ANNOTATION**

As part of this study, we assessed the incidence of comorbidities in patients with hydatid disease living in the Fergana Valley, taking into account social and professional factors. The data obtained revealed a correlation between the presence of combined pathologies and the spread of echinococcosis.

It has been established that concomitant diseases in echinococcosis aggravate the course of the underlying disease and require the implementation of comprehensive measures to prevent complications.

**Keywords:** hydatid disease, combined pathology, comorbidity.

**Актуальность.** Эхинококкоз является распространённым заболеванием, охватывающим различные регионы мира. Согласно некоторым оценкам, в настоящее время более одного миллиона человек страдают от эхинококкоза, при этом уровень заболеваемости существенно варьирует в зависимости от эндемичности региона, достигая разницы в 200 раз и более [2,12,14,15].

В Республике Узбекистан также наблюдается распространение эхинококкоза в определённых регионах. За последние 10–15 лет отмечается значительный рост числа случаев заболевания, преимущественно с поражением печени, что привело к увеличению числа больных в 2,5–3 раза [1,7,9,10].

В последнее десятилетие наблюдается тенденция к увеличению заболеваемости эхинококкозом и расширению его географического распространения [3,6,8,11]. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), из 50 миллионов человек, ежегодно умирающих в мире, более 16 миллионов смертей связаны с инфекционными и паразитарными заболеваниями [4,5,13]. Эхинококкоз характеризуется системным поражением организма и коморбидностью, что обусловлено мультифакторным генезом заболевания, что усложняет процесс диагностики, выбор оптимальной стратегии лечения, тактики ведения пациентов и профилактики осложнений сопутствующих заболеваний.

**Цель исследования.** Оценка клинического течения и профилактика эхинококковой болезни на основании коморбидности среди населения Ферганской долины.

**Материалы и методы.** В период с 2000 по 2024 год были проанализированы статистические данные по 919 пациентам с различными локализациями эхинококкоза (органы грудной клетки и брюшной полости), а также по 189 пациентам из групп риска. Особое внимание уделялось изучению доли эхинококкоза в трёх регионах Ферганской долины: Андижанском, Наманганском и Ферганском. Исследование проводилось на базе поликлинических, лечебно-профилактических учреждений и хирургических отделений.

Анализ возрастной структуры показал, что эхинококкоз чаще всего встречается у лиц в возрасте от 18 до 44 лет (53,4%). В возрастной группе 45-59 лет было выявлено 20,2% случаев, что соответствует активному трудоспособному возрасту. Доля пациентов пожилого возраста составила 7,3%, при этом в этой группе также наблюдались случаи заболевания в старческом возрасте (2,3%). Большое количество случаев эхинококкоза среди лиц молодого возраста, вероятно, связано с их профессиональной деятельностью и несоблюдением правил гигиены питания.

При анализе заболеваемости по полу было установлено, что женщины составляют 50,8%, а мужчины — 49,2%, что соответствует соотношению 452 мужчин и 467 женщин (рис. 1).

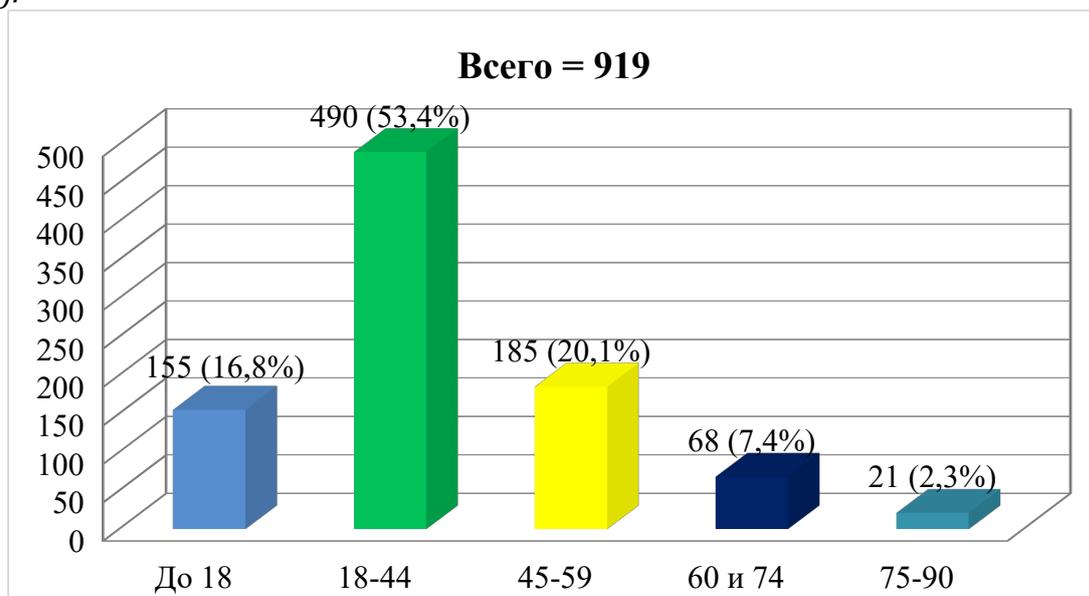


Рисунок 1. Встречаемость в половозрастной тип.

Клинические проявления инвазии были неспецифическими: в большинстве случаев отмечалась слабость и недомогание у 428 (89,0%) больных группы сравнения и у 405 (92,5%) больных основной группы, что сказывалось на профессиональной деятельности заболевших. Порой больные длительное время продолжали работать связывая свое состояние с усталостью во время работы, что также сказывалось на результатах лечения, в связи с угнетением защитных механизмов организма в целом.

Тем самым выраженные клинические проявления приводили к снижению работоспособности у 335 (69,6%) больных группы сравнения и у 321 (73,3%) основной группы. На снижение работоспособности оказывало влияние и головная боль выявленная у 157 (32,6%) больных группы сравнения и у 168 (38,6%) в основной группе больных.

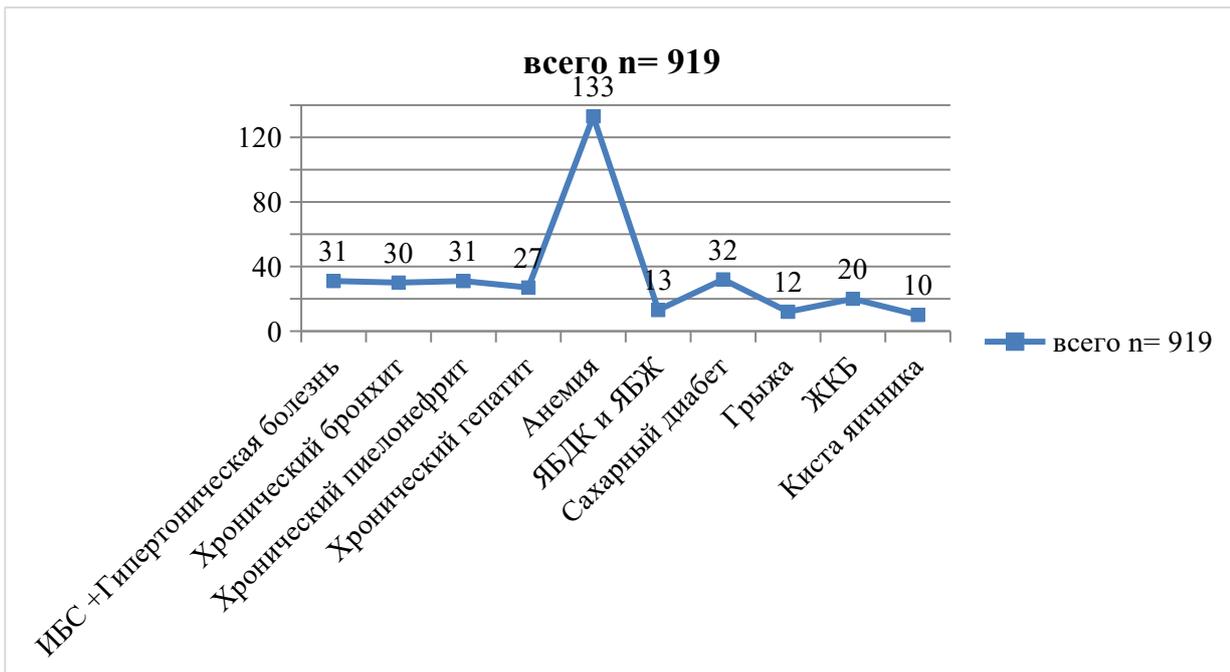
Немаловажным клиническим проявлением является также болевой синдром 288 (59,9%) и 275 (62,8%), а также чувство тяжести в животе и в правом подреберье как единственный фактор, побудивший пациента пройти УЗИ, были отмечены у 341 (70,9%) в группе сравнения и у 315 (72,0%) в основной группе пациентов.

Повышение температуры тела, наблюдаемое в 75 (15,6%) и 69 (15,7%) случаях, в совокупности с данными инструментального обследования позволило заподозрить нагноение кисты. Из общих клинических признаков наличие желтухи было отмечено у 15 (3,2%) и 11 (2,5%) больных. Местный симптомокомплекс при ЭБ зависел от локализации и размеров ЭК. Так, при локализации на диафрагмальной поверхности печени у 78 (16,2%) и у 83 (19,0%) больных отмечали боль и чувство тяжести в грудной клетке, при этом симптомы сопровождались кашлем у 37 (7,7%) и 49 (11,2%) больных.

Наличие сопутствующей терапевтической и сочетанной хирургической патологии ухудшало течение основного заболевания, а также вызывало сложности в определении тактики лечения. При этом анализ сопутствующей патологии был проведен у всех больных, отмеченных в амбулаторных картах и у больных получавших стационарное лечение на базе кафедры хирургических клиник АндГосМИ.

**Таблица 1**  
**Характер сопутствующих заболеваний**

Сопутствующая патология	Всего n=919	
	абс.	%
ИБС + Гипертоническая болезнь	31	3,4
Хронический бронхит	30	3,3
Хронический пиелонефрит	31	3,4
Хронический гепатит	27	3,0
Анемия	133	14,5
ЯБДК и ЯБЖ	13	1,5
Сахарный диабет	32	3,5
Грыжа	12	1,4
ЖКБ	20	2,2
Киста яичника	10	1,1
Всего	339	36,8



**Рисунок 2. Характер сопутствующих заболеваний**

В рамках настоящего исследования был проведён анализ сопутствующей терапевтической патологии у 297 (3%) пациентов с эхинококкозом. Особое внимание уделялось выявлению хронической анемии, которая была диагностирована у 133 (14,5%) пациентов во всех подгруппах. Кроме того, у 32 (3,5%) пациентов эхинококкоз осложнялся сахарным диабетом.

Сочетанные хирургические патологии, при которых выполнялись симультанные операции, были выявлены у 42 (4,6%) пациентов. Наиболее часто выполнялась холецистэктомия, которая была проведена у 20 (2,2%) пациентов. В то же время, у 16,7% пациентов с эхинококкозом был диагностирован высокий риск развития послеоперационных тромбоэмболических осложнений (ТЭО), что значительно усложняло течение заболевания и послеоперационное ведение больных.

Лечебно-диагностическая тактика должна учитывать предварительное распределение пациентов на группы в зависимости от клинического течения, степени и давности заболевания. Успех лечения будет зависеть от своевременной оценки ситуации, правильной дифференциальной диагностики клинических симптомокомплексов и данных лабораторных и инструментальных методов исследования.

Научно-практическая деятельность в данной области в основном направлена на адаптацию уже существующих стандартов и протоколов к специфическим условиям работы отдельных медицинских центров.

Учитывая основные направления исследований нашей клиники, были определены наиболее значимые и принципиальные моменты при выборе тактики и методов рационального лечения эхинококковой болезни.

При диагностировании сопутствующей терапевтической патологии целесообразно применять дополнительные методы исследования, такие как эхокардиография (ЭхоКГ). При выявлении компенсированных форм сопутствующей патологии в отделении хирургии проводилась их коррекция совместно с терапевтами, кардиологами, эндокринологами и другими специалистами в зависимости от характера патологии.

В рассматриваемый период особое внимание уделялось мероприятиям, направленным на снижение внутрикостозного давления, а также на проведение антибактериальной терапии с использованием метронидазола (500 мг внутривенно) в сочетании с цефтриаксоном (1-2 г внутривенно). Дополнительно применялись спазмолитики, антимикотические и метаболические препараты, а также проводилась иммунокоррекция специфического и неспецифического иммунитета.

С целью специфической профилактики, под контролем свёртывающей системы крови, в течение 4-5 суток использовался гепарин в дозировке 2500-5000 ЕД подкожно 2-4 раза в сутки. Затем, в течение следующих 4-5 суток, назначался фенилин, а с 6-7 суток – никотиновая кислота, папаверин и другие препараты. В качестве антикоагулянта прямого действия применялся эноксапарин натрия (препарат Клексан), а в качестве антиагрегантного препарата – кардиомагнил.

В последние годы, перед оперативным вмешательством, в профилактике тромбоземболических осложнений (ТЭО) особое внимание уделяется неспецифическим мероприятиям, таким как бинтование нижних конечностей эластичными бинтами, ранняя активация больного в кровати (повороты, усаживание, вставание) и санация трахео-бронхиального дерева.

Также проводилась терапия, направленная на коррекцию электролитного баланса и кислотно-щелочного состояния крови под контролем электролитов крови (калий, натрий). Пероральное питание начиналось после нормализации функции кишечника. Больные получали антибиотики и сульфаниламидные препараты. До перехода к пероральному питанию энергетическая потребность организма компенсировалась парентеральным введением жидкостей (белков, жиров, углеводов).

Ввиду предрасположенности тучных пациентов к развитию гнойно-септических осложнений, всем больным проводилась профилактика данных осложнений с помощью антибиотикотерапии.

При наличии противопоказаний к оперативному вмешательству и диаметре эхинококковой кисты (ЭК) от 2,3 до 5 см, осуществлялся переход к лечебной антипаразитарной терапии. В частности, применялся альбендазол в дозировке 10 мг/кг дважды в сутки с интервалом 12 часов в течение трёх курсов продолжительностью 28 дней. Обязательным условием являлось параллельное применение гепатопротектора, с интервалом между курсами 15 дней. Для повышения биодоступности препарата рекомендовалось принимать его во время приёма жирной пищи или с растительным маслом.

**Заключение.** Таким образом, при ЭБ с сочетанными патологиями происходят значительные изменения со стороны внутренних органов, что приводит к серьезным нарушениям важнейших функций организма. По мере прогрессирования ЭБ эти нарушения усугубляются, что значительно повышает уровень инвалидности и смертности. Это не только медицинская, но и социальная проблема, требующая немедленного внимания и комплексного подхода для улучшения качества жизни пациентов.

### Литературы

1. Азамов Ж.А. Современные взгляды на патологию эхинококкоза печени (обзор литературы) // Вопросы науки и образования. – 2018. – № 11(23). – С. 93–95.
2. Ахина, Д. А. Эндемичность территорий по эхинококкозу в странах мира и в России / Д. А. Ахина, А. М. Окунев // Актуальные вопросы науки и хозяйства: новые вызовы и решения: Сборник материалов LIV студенческой научно-практической конференции, посвящённой памяти 75-летия Победы в Великой отечественной войне, Тюмень, 19–20 марта 2020 года. – Тюмень:

- Государственный аграрный университет Северного Зауралья, 2020. – С. 229-237. – EDN ZBQKWO.
3. Бессонов, А.С. Эхинококкозы в Российской Федерации / А.С. Бессонов // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. - 2001. - № 3. - С. 56-61.
  4. Джаборов, А.И. Распространенность эхинококкоза в республике Таджикистан / А.И. Джаборов // Здоровоохранение Таджикистана. – 2013. – № 3. – С. 29-33.
  5. Доусов В.В., Брук С.Л., Милица И.М. Некоторые клинико-эпидемиологические особенности эхинококкоза по материалам инфекционной службы смоленской области // Смоленский медицинский альманах. - №1. - 2020. - С.98-99.
  6. Куттубаев О.Т., Кулжабаева К.С., Абдыжапаров Т.А. и др. Краткий исторический обзор научных исследований по эхинококкозам Кыргызской республики (обзор) // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. - 2010. - № 10. - С. 27-31.
  7. Назиров Ф.Г., Акбаров М.М., Сайдазимов Е.М., Сирожитдинов К.К. Морфологические особенности взаимодействия зародышевых элементов эхинококка с фиброзной капсулой. // Материалы: юбилейной научно-практической конференции «Инновационные технологии и мультидисциплинарные подходы: в диагностике и лечении социально-значимых заболеваний», г.Санкт-Петербург, 17-20 октября 2018 стр. 80-81.
  8. Раджабов Ж.П., Давлатов С.С., Рахманов Қ.Э. Жигар эхинококкози рецидивининг вужудга келиши ва профилактикаси учун маҳаллий гермицид сифатида “Альбендазол” препаратини қўллаш усули // Проблемы биологии и медицины. - Самарканд. – 2024. - №4 (155). - С.191-193.
  9. Рахманов Қ.Э., Давлатов С.С., Раджабов Ж.П. Жигар эхинококкозини жарроҳлик давонатижаларини яхшилаш йўллари ва қайталанишининг олдини олиш // Проблемы биологии и медицины. - Самарканд. 2024, №4 (155). С.194-196.
  10. Ризаев Ж. А. и др. Оптимизация диагностики различных морфологических форм эхинококкоза печени // Биология ва тиббиёт муаммолари. - 2021. - Т. 5. - №. 131. - С. 120-124.
  11. Раимкулов К.М. Распространенность эхинококкоза на территории средней азии // Экономика и социум" №4(107) -1 2023. DOI 10.5281/zenodo.7916445.
  12. Холин А.В., Аманбаева Г.Т., Абдыкадырова Ж.Э. // Профилактическая и клиническая медицина. - 2015. - №1(54). - С. 78-85.
  13. Шевченко, Ю.Л. Хирургия эхинококкоза: монография / Ю.Л. Шевченко, Ф.Г. Назыров. – М.: Династия, 2016. 288с.: ил.
  14. Shamsiev A. M. et al. Эхинококкоз печени: частота встречаемости, патогенез, классификация, диагностика и лечение (обзор литературы) //Клінічна та експериментальна патологія. - 2018. - Т. 17. - №. 3.
  15. Brunetti E., Tamarozzi F., Macpherson C. Et al. Ultrasound and Cystic Echinococcosis. Ultrasound Int Open. 2018;4(3):70-78.