

3. Deyo, R. A. Low Back Pain / R. A. Deyo, J. N. Weinstein // N. Engl. J. Med. — 2001. — Vol. 344. — P. 363–370.
4. Юрковский, А. М. Сопоставления сонографических и гистологических данных при дистрофических изменениях задней длинной крестцово-подвздошной связки / А. М. Юрковский, О. И. Аникеев, С. Л. Ачинович // Проблемы здоровья и экологии. — 2014. — № 3. — С. 107–112.
5. Юрковский, А. М. Сонографическая и гистологическая оценка дистрофических изменений подвздошно-поясничных связок (in vitro): возрастные особенности и воспроизводимость методик / А. М. Юрковский, О. И. Аникеев, С. Л. Ачинович // Проблемы здоровья и экологии. — 2013. — № 3. — С. 144–148.
6. Short-term physical risk factors for new episodes of low back pain. Prospective evidence from the South Manchester Back Pain Study / P. R. Croft [et al.] // Spine. — 1999. — Vol. 24, № 15. — P. 1556–1561.
7. Leboeuf-Yde, C. Body weight and low back pain. A systematic literature review of 56 journal articles reporting on 65 epidemiologic studies / C. Leboeuf-Yde // Spine. — 2000. — Vol. 25, № 2. — P. 226–237.
8. A longitudinal study for incidence of low back pain and radiological changes of lumbar spine in asymptomatic Japanese military young adults / O. Nemoto [et al.] // Eur. Spine J. — 2013. — Vol. 22, № 2. — P. 453–458.
9. Nordin, N. A. M. Low Back Pain and associated risk factors among health science undergraduates / N. A. M. Nordin, D. K. A. Singh, L. Kanglun // Sains Malaysiana. — 2014. — Vol. 43, № 3. — P. 423–428.
10. Prevalence and predictors of intense, chronic, and disabling neck and back pain in the UK general population / R. Webb [et al.] // Spine. — 2003. — Vol. 28, № 11. — P. 1195–1202.
11. A community-based study of postmenopausal white women with back and leg pain: health status and limitations in physical activity / M. T. Vogt [et al.] // J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci. — 2002. — Vol. 57, № 8. — P. 544–550.
12. Nilsen, T. I. Physical exercise, body mass index, and risk of chronic pain in the low back and neck/shoulders: longitudinal data from the nord-trondelag health study / T. I. Nilsen, A. Holtermann, P. J. Mork // Am. J. Epidemiol. — 2011. — Vol. 174, № 3. — P. 267–273.
13. World Health Organization. Physical status: The use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO expert committee. (WHO technical report series no. 854). — Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1995. — P. 329–330.
14. A systematic review of the global prevalence of low back pain / D. Hoy [et al.] // Arthritis Rheum. — 2012. — Vol. 64, № 6. — P. 2028–2037.
15. Seaman, D. R. Body mass index and musculoskeletal pain: is there a connection? / D. R. Seaman // Chiropr. Man. Therap. — 2013. — Vol. 21, № 1. — P. 15.

Поступила 05.11.2014

УДК 616.995.-122-08-036.22

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОПИСТОРХОЗА В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Е. Л. Красавцев, В. М. Мицура

Гомельский государственный медицинский университет

Цель: изучить эпидемиологическую ситуацию по описторхозу в Гомельской области и современные особенности течения описторхозной инвазии.

Материалы и методы. Проведен анализ заболеваемости описторхозом на основании данных официальной статистики по Республике Беларусь и Гомельской области. Проанализированы медицинские карты 11 стационарных пациентов (ф.003/у) с 2004 по 2013 гг., лечившихся в Гомельской областной инфекционной клинической больнице.

Результаты. Заболеваемость описторхозом в Гомельской области остается высокой без тенденции к снижению с 2007 г. и превышает республиканские показатели в 3,3–7,75 раза. В Гомельской области большая часть случаев описторхоза приходилась на г. Жлобин и Жлобинский район. Так, в 2013 г. 25 случаев из 31 (80,6 %) регистрировались именно в этом регионе и 96,8 % (30 случаев из 31) — в 2012 г. Большинство зараженных выявлены при прохождении медицинского обследования для трудоустройства на предприятия общественного питания. По клиническим показаниям обследовано только 33 (15,3 %) человека. Среди госпитализированных больных преобладали городские жители — 81,8%. У 81,8 % обследованных фактором передачи была вяленая или соленая рыба. Основными клиническими проявлениями болезни были диспепсический и болевой синдромы (холангиохолецистит, гепатит, дискинезии желчевыводящих путей, гастроинтестинальные проявления). Диагноз подтверждался обнаружением яиц описторхисов копроовоскопическим методом в 54,5 % случаев, серологически — в 45,5 %.

Заключение. В Жлобинском районе Гомельской области существует природный очаг описторхоза. Большинство из пораженных лиц не имели клинических проявлений инвазии и выявлялись при профилактических осмотрах или при обследовании в семейных очагах. Особенности описторхозной инвазии являются: преобладание субклинических формы инвазии или симптомов поражения желчевыводящих путей, редко выявляется эозинофилия крови, низкая эффективность серологической диагностики описторхоза.

Ключевые слова: описторхоз, эпидемиологическая ситуация, заболеваемость, диагностика.

THE CLINICAL AND EPIDEMIOLOGIC CHARACTERISTICS OF OPISTHORCHIASIS IN GOMEL REGION

E. L. Krasavtsev, V. M. Mitsura

Gomel State Medical University

Objective: to study the epidemiologic situation on opisthorchiasis in Gomel region and modern features of the course of opisthorchious invasion.

Material and methods. The opisthorchiasis incidence has been analyzed on data of the official statistics of the Republic of Belarus and Gomel region. 11 medical records of hospital patients (f.003/y) over 2004–2013 having undergone treatment at Gomel Regional Infectious Hospital were analyzed.

Results. The opisthorchiasis incidence in Gomel region has remained high without any declining trends since 2007 and 3.3–7.75 times exceeds the average republican incidence. Thus, 25 of 31 cases (80.6 %) in 2013 and 30 of 31 (96.8 %) cases in 2012 were recorded in Gomel region, mostly in Zhlobin and Zhlobin district. The majority of the infected patients were detected during their medical check-up for employment in catering business. Only 33 (15.3 %) people were examined by clinical indications. Among the hospitalized patients, town dwellers predominated — 81.8 %. In 81.8 % of the patients, the transmission factor was dried or salted fish. The main clinical manifestations of the disease were dyspeptic and pain syndromes (choleangiocholecistitis, hepatitis, biliary dyskinesia, gastrointestinal manifestations). The diagnosis was confirmed by the detection of *O. felinus* eggs using coproovoscopic method in 54.5 % of the cases, serologically — in 45.5 %.

Key words: opisthorchiasis, the epidemiological situation, morbidity, diagnosis.

Введение

Описторхоз — один из наиболее распространенных природно-очаговых гельминтозов человека в Евразии. Наиболее крупный природный очаг описторхоза, вызванного *O. felinus*, находится в Западной Сибири и в Восточном Казахстане — Обь-Иртышский бассейн [1, 2]. Встречается описторхоз также и в Украине и Беларуси. Именно в Беларуси в последние годы участились случаи заболевания людей описторхозом. Наибольшее количество заболевших регистрируется в Жлобинском районе Гомельской области, в бассейне реки Днепр [3].

Описторхоз (opisthorchosis) — гельминтоз из группы трематодозов, преимущественно поражающий гепатобилиарную систему и поджелудочную железу. Различают острую стадию заболевания, которая протекает с общими аллергическими явлениями, иногда с поражением внутренних органов, и хроническую, для которой характерны симптомы поражения билиарной системы, гастродуоденит, панкреатит [2].

Следует отметить, что истинный уровень пораженности населения трематодозами печени определить сложно, поскольку ранняя стадия инвазии часто протекает без клинических проявлений, а в хронической стадии клиническая симптоматика неспецифична. Несомненно, распространенность трематод и их промежуточных хозяев в окружающей среде значительно превышает показатель заболеваемости людей описторхозом, а уровень инвазированности населения определяется особенностями поведения, связанными с пищей и питанием. Вывоз рыбы из эндемических очагов способствует распространению описторхоза за их пределами [4].

Цель

Изучить эпидемиологическую ситуацию по описторхозу в Гомельской области и современные особенности течения описторхозной инвазии.

Материалы и методы исследования

Проведен анализ заболеваемости описторхозом на основании данных официальной статистики по Республике Беларусь и Гомельской области.

Применялись клинико-anamnestические и лабораторные методы: копроовоскопия формалин-эфирным методом; определение антител класса Ig M к антигенам описторхисов методом им-

муноферментного анализа в лаборатории Гомельского областного центра гигиены и эпидемиологии и общественного здоровья, инструментальные (УЗИ, фиброгастродуоденоскопия, дуоденальное зондирование). Обследованы больные описторхозом, проанализированы медицинские карты стационарных больных (ф.003/у). С 2004 г. по 2013 г. в Гомельской областной инфекционной клинической больнице на лечении находилось 11 больных описторхозом. У 7 пациентов диагностирован хронический описторхоз, у 4 — острый, из них больных незадолго до заболевания вернулись из Тюменской области России.

Результаты и обсуждение

Заболеваемость описторхозом в Гомельской области остается высокой без тенденции к снижению с 2007 г. и превышает республиканские показатели в 3,3–7,75 раза. Так, в 2013 г. она была в 7,75 раза выше республиканской, в 2009 г. — в 3,3 раза. Ежегодно с 2007 г. выявляемость больных описторхозом составляет от 2,17 на 100 тыс. населения в 2012–2013 гг. (31 случай) до 2,87 в 2008 г. (42 случая). При этом заболеваемость в Республике Беларусь находится на низком уровне — от 0,41 до 0,45 на 100 тыс. населения.

В Гомельской области большая часть случаев описторхоза приходилась на г. Жлобин и Жлобинский район. Так, в 2013 г. 25 случаев из 31 (80,6 %) регистрировалось именно в этом регионе и 96,8 % (30 случаев из 31) — в 2012 г. За период с 2006 по 2013 гг. наблюдались 222 случая описторхоза в г. Жлобин и Жлобинском районе Гомельской области. В 2006 г. было выявлено 2 случая, в 2007 г. — 31, в 2008 г. — 40, в 2009 г. — 30, в 2010 г. — 32 случая, в 2011 г. — 32, в 2012 г. — 30, в 2013 г. — 25 случаев. Среди инвазированных лиц преобладали женщины (87 %), мужчин было всего 13 %. Возраст пациентов колебался от 23 до 67 лет, средний возраст — 31,8 года. Преобладали городские жители (88,5 %) над сельскими (11,5 %). Показаниями к обследованию у 182 пациентов (82 %) являлись обследование в очагах, для трудоустройства, самообращение в районный центр гигиены и эпидемиологии (4 рыбака). Эти лица не имели клинических проявлений. Большинство зараженных выявлены при прохождении медицинского обследования для

трудоустройства на предприятия общественного питания. Этим и объясняется преобладание среди них женщин. По клиническим показаниям обследовано только 33 (15,3 %) человека. Из жалоб имели место: печеночная колика — у 3 человек, немотивированная слабость, сопровождающаяся эозинофилией периферической крови (14–60 % эозинофилов) — у 5 человек, кожный зуд и экзантема — у 2 пациентов, признаки холангита выявлены у 1 пациента.

При дальнейшем обследовании пациентов, у которых диагноз был выставлен овоскопически, жалобы на периодические боли в правом подреберье предъявили 10 пациенток (женщины). На УЗИ у них выявлялись признаки холецистита и диффузных изменений в печени. При исследовании биохимического анализа крови у 6 пациентов (мужчин) обнаружено умеренное увеличение трансаминаз, при этом у них нельзя исключить наличие хронических заболеваний печени, в том числе и алкогольного генеза.

У 219 пациентов диагноз описторхоза был установлен при овоскопии кала, у 3 пациентов при отрицательном результате овоскопии выявлялись повышенные титры антител к описторхам при серологическом исследовании (расценено как ранняя фаза инвазии).

Случаи описторхоза регистрировались за это время также в Речицком (от 1 до 4 за год), Светлогорском, Рогачевском, Лоевском, Лельчицком районах и г. Гомеле.

Однако истинная заболеваемость описторхозом значительно выше. Это связано с полиморфизмом и лабильностью клинических проявлений, отсутствием патогномических симптомов, вследствие чего больные обращаются за медицинской помощью к врачам других специальностей и часто болезнь остается нераспознанной. Подтверждением поздней диагностики в связи с отсутствием четко очерченной клиники является преобладание среди госпитализированных в Гомельскую областную инфекционную клиническую больницу больных описторхозом лиц старше 40 лет (63,6,8 %).

Среди госпитализированных больных преобладали городские жители — 81,8 %. Это связано, вероятно, с большей доступностью медицинской помощи населению города, недостаточной обращаемостью и низкой санитарной культурой сельского населения. Описторхоз был диагностирован у 2 девочек (4 и 12 лет). В первом случае яйца описторхисов были выявлены при госпитализации по поводу ОРВИ. Во втором — девочка обследовалась, так как попала в репрезентативную выборку. У 81,8 % обследованных фактором передачи была вяленая или соленая рыба. Этому особенно способствовали укоренившиеся привычки людей, живущих вблизи водоемов, употреблять в пищу сырую рыбу. Среди обследованных

преобладали женщины (54,5 %), что, очевидно, связано с их участием в приготовлении пищи. Клиника хронического описторхоза в основном обусловлена поражением билиарного тракта, поджелудочной железы, желудка и реактивными изменениями других органов. У части пациентов заболевание имело латентное течение (27,3 %). Об этом свидетельствует случайное выявление яиц описторхисов в фекалиях при обследовании во время госпитализации по поводу других заболеваний (рожистое воспаление, ОРВИ, хронический пиелонефрит) — 27,3 %. У остальных больных были признаки манифестации болезни. Лихорадка регистрировалась у 54,5 %, эозинофилия — у 45,5 % (от 6 до 83 %). Сыпь аллергического характера отмечалась у 2 пациентов. Анализ результатов обследования позволил выявить ряд синдромов, которые встречались одинаково часто: холангиохолецистит, гепатит, дискинезии желчевыводящих путей, гастроинтестинальные проявления, аллергический синдром, панкреатопатии, вегето-сосудистые реакции. Основными клиническими проявлениями болезни были диспепсический и болевой синдромы. Диагноз подтверждался обнаружением яиц описторхисов в 54,5 % случаев, в 1 случае яйца этого гельминта были выявлены лишь при третьем целенаправленном обследовании. В 45,5 % — серологически (в 1 случае серологически и овоскопически). У 1 пациента при отсутствии овоскопического и серологического подтверждения диагноза он был выставлен клинико-эпидемиологически (работа в г. Уренгой, употребление местной вяленой рыбы, лихорадка, сыпь, проявления гепатита, гастродуоденита) и на основании эффективности пробной терапии бильтрицидом (температура нормализовалась через 2 дня после назначения).

Приводим пример острого описторхоза с достаточно поздним (после выписки пациента из стационара) подтверждением диагноза.

Больной П. 42 лет, житель г. Гомеля поступал в Гомельскую областную инфекционную клиническую больницу на 7-й день болезни по направлению поликлиники с диагнозом «описторхоз?», с жалобами на повышение температуры до 39 °С, общую слабость, тяжесть в правом подреберье. Обследован в поликлинике за 3 дня до направления в стационар. В общем анализе крови отмечался лейкоцитоз ($21,8 \times 10^9/\text{л}$), эозинофилия (49 %), повышение активности АЛТ (214 Е/л). При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости не было выявлено эхопатологии. При проведении фиброгастродуоденоскопии обнаружены признаки хронического эрозивного гастрита, хронического дуоденита. За день до поступления яйца глистов не обнаруживались.

При поступлении регистрировались боли в правом подреберье и увеличение печени до 2 см из-под края реберной дуги. Также отмечалась в

общем анализе крови эозинофилия (55 %), повышение активности АЛАТ (355,5 Е/л). Другие лабораторные показатели не были изменены. За время госпитализации (17 койко-дней) четырежды яйца гельминтов не выявлялись. При серологическом обследовании сыворотки крови на 14-й день болезни антитела к антигенам описторхисов не обнаруживались и только на 33-й день болезни были выявлены антитела класса IG M в титре 1:200 и IG G в титре 1:1600, что и подтвердило диагноз острого описторхоза. Пациент получил лечение билтрицидом (5400 мг в 3 приема за день), после чего жалобы прошли и наметилась тенденции к нормализации лабораторных показателей (уменьшилось количество эозинофилов до 22 %, активность АЛАТ до 82,9 Е/л перед выпиской).

Заключение

В Жлобинском районе Гомельской области существует природный очаг описторхоза. Большинство из пораженных лиц не имеют клинических проявлений инвазии и выявляются при профилактических осмотрах или при обследовании в семейных очагах. Это подчеркивает важность тщательного лабораторного обследования на описторхоз фекалий, в том числе с использованием методов обогащения (например, эфир-уксусный метод седиментации).

Следует полагать, что количество инвазированных описторхозом в районе намного выше выявляемого клинко-эпидемиологически. Необходимо проводить мероприятия по разъяснению населению опасности употребления термически не обработанной рыбы, выловленной в бассейне Днепра. Также нужно обратить внимание медицинских работников на особенности описторхозной инвазии в настоящее время (часто встречаются субклинические формы инвазии или симптомы поражения желчевыводящих путей, редко выявляется эозинофилия крови, низкая эффективность серологической диагностики описторхоза). Эти меры необходимы для более полного выявления и санации инвазированных.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Козлов, С. С. Диагностика паразитозов. Мифы современности / С. С. Козлов, В. С. Турицин, А. В. Ласкин // Журнал инфектологии. — 2011. — Т. 3, № 1. — С. 64–68.
2. Паразитарные болезни человека (протозоозы и гельминтозы): рук-во для врачей / под ред. В. П. Сергиева, Ю. В. Лобзина, С. С. Козлова. — СПб.: Фолиант, 2006. — 586 с.
3. Мицура, В. М. Описторхоз: современная клинко-эпидемиологическая характеристика на примере Жлобинского района Гомельской области / В. М. Мицура, Е. Н. Додалева // Клиническая инфектология и паразитология. — 2013. — № 1 (4). — С. 69–74.
4. Описторхоз в Украине: клинические и эпидемиологические особенности / Н. Д. Чемич [и др.] // Журнал инфектологии. — 2011. — Т. 3, № 2. — С. 56–62.

Поступила 04.11.2014

УДК 616.155.392.8-036.11-039.35-08

ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВОВ И РЕФРАКТЕРНЫХ ФОРМ ОСТРЫХ МИЕЛОИДНЫХ ЛЕЙКОЗОВ

Д. И. Суворов, Н. Н. Климович

**Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека, г. Гомель
Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск**

Обзор посвящен рецидивам и рефрактерным формам острых миелоидных лейкозов, которые являются гетерогенными заболеваниями и не имеют универсальной единой терапевтической схемы. В статье дана характеристика протоколов с включением новых агентов, показана роль аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток, систематизированы достижения в стратификации риска для лечения острых миелоидных лейкозов. Определена перспектива персонализации терапии с учетом молекулярных тестов. Показано гарантированное снижение частоты рецидивов при использовании более эффективных индукционных и постремиссионных протоколов.

Ключевые слова: острый миелоидный лейкоз, рецидив, рефрактерная форма, лечение.

THE TREATMENT FOR RELAPSED AND REFRACTORY FORMS OF ACUTE MYELOID LEUKEMIA

D. I. Suvorov, N. N. Klimkovich

**Republican Research Centre for Radiation Medicine and Human Ecology, Gomel
Belarusian Medical Academy of Post-Graduate Education, Minsk**

The review focuses on relapse and refractory forms of acute myeloid leukemia, which is a heterogeneous disease and does not have a single universal therapeutic scheme. The paper presents the characteristics of protocols with inclusion of new agents, shows the role of allogenic hematopoietic stem cell transplantation and advances in risk stratification for the treatment for acute myeloid leukemia. The prospects of the therapy personalization based on molecular tests have been determined. The application of more effective induction and post-remission protocols shows a guaranteed reduction in the relapse rate.

Key words: acute myeloid leukemia, relapse, refractory form, treatment.