

51. Шаханина И.Л., Радуто О.И. Вирусные гепатиты в России: официальная статистика и экономические потери. Вирусные гепатиты. 2001; 6(18): 3–6.
52. О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации в 2010 году: Государственный доклад. М.: Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора; 2011.
53. Shepard C.W., Finelli L., Alter M.J. Global epidemiology of hepatitis C virus infection. Lancet Infect. Dis. 2005; 5(9): 558–67.
54. Hepatitis B and C testing and prevalence among health plan enrollees. CID. 2012; 55: 1047–55.
55. Гепатит В и ВИЧ-инфекция: тактика ведения пациентов с коинфекцией. Клинический протокол для Европейского региона ВОЗ (обновленная версия, 2011 г.). ВОЗ; 2011.
56. Гепатит С и ВИЧ-инфекция: тактика ведения пациентов с со-

четанной инфекцией. Клинический протокол для Европейского региона ВОЗ. ВОЗ; 2006.

57. Liaw Y.F., Brunetto M.R., Hadziyannis S. The natural history of chronic HBV infection and geographical differences. Antiviral Ther. 2010; 15 (Suppl. 3): 25–33.
58. Liang T.J. Hepatitis B: the virus and disease. Hepatology. 2009; 49: S13–21.
59. Серенко К. А. Медико-социальные и клинико-экономические аспекты хронического гепатита С: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 2011.

Поступила 11.02.13

Сведения об авторах:

Волчкова Елена Васильевна, доктор мед. наук, проф., зав. каф. инфекционных болезней Первого МГМУ.

МЕДИЦИНСКАЯ ПАРАЗИТОЛОГИЯ И ТРОПИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УДК 616.74-002.951.21

А.М. Бронштейн^{1,2}, Н.А. Малышев², Ю.А. Легонков^{1,4}, Г.Х. Мусаев¹, С.Н. Жаров³, О.В. Сертакова⁴

ГИДАТИДОЗНЫЙ ЭХИНОКОККОЗ МЫШЦ: ОПИСАНИЕ СЛУЧАЕВ И ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

¹Институт медицинской паразитологии и тропической медицины им. Е.И. Марциновского Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, 119991, Москва, ул. Трубецкая, 8, стр. 2; ²Инфекционная клиническая больница № 1, 125367, Москва, Волоколамское ш., 63; ³Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, 109235, Москва, 1-я Курьяновская ул., 34, корп. 3; ⁴городская клиническая больница № 24, 127015, Москва, Писцовая ул., 10

Описаны случаи гидатидозного эхинококкоза мышц и окружающих мягких тканей нижних конечностей у двух больных. Отмечается объективная сложность диагностики эхинококкоза мышц, возможность тяжелых побочных реакций в случаях ошибочного диагноза и использования тонкоигольной аспирации при выявлении кист. Подчеркивается необходимость противорецидивной терапии албендазолом.

Ключевые слова: гидатидозный эхинококкоз мышц, тонкоигольная аспирация, противорецидивная терапия, албендазол

A. M. Bronstein^{1,2}, N. A. Malishev², Yu. A. Legonkov^{1,4}, G. H. Musaev¹, S. N. Jarov³, O. V. Sertakova

MUSCULOSKELETAL HYDATIDOSIS: REPORT OF TWO CASES AND REVIEW THE LITERATURE

¹"Institute of Medical Parasitology and tropical medicine named after E. I. Martsinovskiy" of the State Budgetary Educational Institution of Higher Professional Education "I.M. Sechenov First Moscow State Medical University" of the Ministry of Health care and Social Development, 20, M. Pirogovskaya Str, Moscow, Russian Federation, 1194351; ²Federal Treasury Institution of Healthcare "Infectious Clinical Hospital № 1" of the Moscow Department of Healthcare, 63, Volokalamskoye Sh, Moscow, Russian Federation, 125367; ³State Budgetary Institution of Higher Professional Education "Russian National Research Medical University named after N. I. Pirogov" of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation, 1, Ostrovitianova Str. Moscow, Russian Federation, 117997; ⁴State Budgetary Institution of Healthcare "City Clinical Hospital №24" of the Moscow Department of Healthcare, 10, Pistsovaya Str., Moscow, Russian Federation, 127015

Musculoskeletal system is rarely involved by hydatid cyst, the larval form of Echinococcus granulosus. Two cases of intramuscular hydatid cysts within thigh musculature are being reported with the intent of highlighting this atypical localization of the disease. Preoperative computerized tomography suggested an unusual location of echinococcus. Since the soft tissue tumors may be confused with hydatid cysts, preoperative evaluation of these patients is critical for proper handling during surgery to avoid life-threatening complications. Surgical excision with postoperative antihelminthics formed the main modality. These cases emphasize that especially in endemic areas to avoid fine-needle biopsy and the risk of spillage of cyst contents hydatidosis should be included in differential diagnosis of any soft tissue mass.

Key words: Echinococcus granulosus, intramuscular hydatid cyst, preoperative computerized tomography, fine-needle biopsy, postoperative antihelminthics, albendazole

Для корреспонденции: Бронштейн Александр Маркович, доктор мед. наук, проф., зав. отд. совр. методов лечения паразитарных болезней ИМПММП, проф. каф. инфекцион. болезней тропической медицины и эпидемиологии РГМУ, зав. кабинетом паразитарных болезней и тропической медицины инфекцион. клин. больницы № 1, e-mail: bronstein@mail.ru

Эхинококкозы являются одними из наиболее тяжелых гельминтозов человека и животных и наносят существенный экономический ущерб как общественному здравоохранению, так и сельскому хозяйству. В последние годы отмечается рост заболеваемости эхинококкозом в развитых странах, в том числе начали отмечаться случаи заражения в городах Европы. Поэтому эхинококкозы в настоящее время рассматриваются как новые возникающие инфекции "re-emerging disease" [1, 2, 15, 16].

Эхинококкозы относятся к семейству *Taeniidae* роду *Echinococcus*, включающему в себя четыре вида: *Echinococcus granulosus*, *Echinococcus multilocularis*, *Echinococcus oligarthrus* и *Echinococcus vogeli*. Наиболее широко распространены практически во всех регионах мира и имеют наибольшую медико-социальную значимость *E. granulosus* и *E. multilocularis*.

Возбудитель гидатидозного (цистного) эхинококкоза человека – цестода семейства *Taeniidae* *E. granulosus*. Половозрелая стадия *E. granulosus* – цестода длиной от 2 до 11 мм, состоящая из головки (сколекса), шейки и 3–4 члеников, обитает в тонком кишечнике окончательных хозяев. По мере созревания цестода начинает выделять инвазионные яйца, содержание личинку (онкосферу), которые с фекалиями животного выделяются в окружающую среду.

Личиночная стадия *E. granulosus* имеет пузыревидную форму (киста, циста) размером от нескольких миллиметров до нескольких десятков сантиметров. Онкосфера, попадая в желудочно-кишечный тракт промежуточных хозяев, проникает через слизистую оболочку кишки и далее кровотоком и лимфотокмом во внутренние органы хозяина, где из онкосфер развиваются кисты.

Стенка кисты состоит из внутренней и наружной оболочек. Киста содержит жидкость, в которой находятся сколексы и вторичные дочерние кисты, которые могут содержать внучатые кисты, имеющие такое же строение, как и материнские.

Окончательными хозяевами *E. granulosus* являются плотоядные животные, главным образом собаки, а также другие животные семейства собачьих. Промежуточными хозяевами *E. granulosus* являются домашние и дикие травоядные и всеядные млекопитающие, а также человек. Зрелые личинки *E. granulosus*, заполненные яйцами гельминта, отрываются от стробилы и выделяются наружу с фекалиями животного. Из члеников выделяется множество яиц, которые остаются на шерсти животного или попадают в окружающую среду.

Заражение человека эхинококкозом происходит при общении с собаками, на шерсти и языке которых

могут находиться яйца и членики гельминтов, выделке шкур пушных зверей, а также через элементы внешней среды – при употреблении в пищу овощей, ягод, воды, загрязненной фекалиями зараженных животных.

Гидатидозный эхинококкоз широко распространен во многих регионах мира, особенно в странах Южной Америки, странах средиземноморья, включая страны Европы, в ряде стран Азии и Северной Африки. В России и сопредельных государствах эхинококкоз регистрируется повсеместно [24].

Кисты гидатидозного эхинококкоза могут локализоваться в любом органе. Наиболее часто наблюдаются эхинококкоз печени, от 70 до 90% случаев [1, 3, 6, 9]. На 2-м месте по частоте поражаются легкие. Реже отмечается развитие кист в почках, брюшной полости, селезенке, органах центральной нервной системы, сердце и костях. Эхинококкоз мышц встречается относительно редко и, по данным различных авторов, в среднем составляет от 1,3 до 3,4%. Редкость локализации в мышцах обусловлена их контрактальной способностью и наличием молочной кислоты в мышечных клетках, что препятствует приживаемости личинок гельминта [6, 9].

Эхинококкоз мышц может быть изолированным (единичным или множественным) и сочетанным, когда одновременно в нескольких органах развиваются гидатидозные кисты. Гидатидозным эхинококкозом могут поражаться любые мышцы, но чаще встречается локализация кист в мышцах шеи, спины и нижних конечностей [6, 9, 18, 23, 26, 27]. Преимущественно поражаются проксимальные мышцы нижних конечностей, что объясняется их относительно большим размером и хорошим кровоснабжением [6, 9, 26].

Симптоматика при эхинококкозе мышц определяется локализацией кисты. Обычно отмечается припухлость, малоболлезненная или безболлезненная «опухоль» плотноэластичной консистенции с гладкой поверхностью. По мере роста кисты и сдавливания нервных стволов могут появляться боли, иногда постоянные и интенсивные. В ряде случаев отмечается нагноение кисты и заболевание протекает по типу абсцесса [9, 10, 12, 21, 22].

Диагноз устанавливается с использованием компьютерной томографии, МРТ, УЗИ и других методов клинко-инструментальной диагностики. В качестве вспомогательных методов можно использовать методы иммунодиагностики. В настоящее время разрабатываются методы с использованием ПЦР, обладающие большей чувствительностью и специфичностью [7].

В данной работе описываются два случая эхинококкоза мышц: случай изолированной рецидивирующей кисты мышцы и мягких тканей правого бедра с нагноением и прорывом, а также случай сочетанного множественного эхинококкоза печени, легких, мышцы и мягких тканей левого бедра.

Б о л ь н а я Ш ., 46 лет, родилась и до 15 лет жила в сельской местности в Оренбургской области. Затем ежегодно там бывала.

В 2002 г. отметила припухлость в области верхней части правого бедра. Затем произошло вскрытие

Для корреспонденции: Бронштейн Александр Маркович, доктор мед. наук, проф., зав. отд. современных методов лечения паразитарных болезней ИМПитМ им. Е.И. Марциновского I МГМУ им. И.М. Сеченова, проф. каф. инфекционных болезней и эпидемиологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, зав. кабинетом паразитарных болезней и тропической медицины Инфекционной клинической больницы № 1, Москва, e-mail: bronshtein@mail.ru

этой опухоли, из которой выделялись мелкие округлые образования. В стационаре по месту жительства выполнено удаление образования внутренней поверхности правого бедра, которое было расценоено как киста мягких тканей.

В мае 2011 г. вновь отметила появление опухолевидного образования на бедре в области ранее проведенной операции. 03.06. выполнена МСКТ-томография, при которой в мягких тканях правого бедра на внутренней поверхности определяется образование размерами 87×33×100 мм в капсуле, заполненное множественными разнокалиберными кистозными образованиями жидкостной плотности (рис. 1, 2, на вклейке). 04.06. образование вскрылось и выделилось большое количество разного диаметра кистозных образований и небольшое количество светлой жидкости.

Больная обратилась в кабинет паразитарных заболеваний в ИКБ № 1, где был диагностирован эхинококкоз мягких тканей и мышц правого бедра. В лаборатории ИМП и ТМ им. Е.И. Марциновского в соскобе из полости обнаружены фрагменты эхинококковой и герминативной оболочек.

Для оперативного лечения больная была направлена в I МГМУ, отделение РХМ УКБ № 1. При поступлении общее состояние больной средней тяжести. При осмотре на внутренней поверхности верхней трети бедра определяется послеоперационный рубец со свищом. При зондировании через свищ определяется полость глубиной около 5 см. Край раны неровные, местами с признаками воспаления, в глубине полости определяются белесоватые налеты (рис. 3 на вклейке). Внутренние органы физикально без особенностей. УЗИ органов брюшной полости без патологии. Показатели общего, биохимического анализа крови и мочи в пределах нормы.

Фистулография по свищевому ходу от 28.06.11 – определяется неправильной формы полость размером 5×4,5×4 см, затеков контрастного препарата вглубь по направлению к бедренной кости не отмечается.

30.06.11 операция – эхинококкэктомия мягких тканей (мышцы и подкожной клетчатки) правого бедра. Иссечен старый послеоперационный рубец с внутренней поверхности верхней трети правого бедра. По свищевому ходу вскрыта полость кисты, которая содержит множественные дочерние кисты эхинококка и материнскую хитиновую оболочку. Дочерние кисты и хитиновая оболочка удалены. Полость фиброзной капсулы обработана 87% глицерином. Санация полости растворами антисептиков. Далее выполнено иссечение фиброзной капсулы кисты в пределах здоровых тканей. Послеоперационный период протекал без осложнений. Рана зажила первичным натяжением (рис. 4 на вклейке).

Для проведения противорецидивной химиотерапии больная поступила 10.10.11 в ГКБ № 24 (клиническая база кафедры инфекционных болезней, тропической медицины и эпидемиологии РНИМУ). При поступлении в ГКБ № 24 состояние удовлетворительное. Жалоб нет. При физикальном обследова-

нии патологических изменений не выявлено. Рентгенография легких, УЗИ органов брюшной полости и малого таза, ЭКГ без патологии.

Проведено лечение: 1-й курс – албендазол в течение 21 дня в суточной дозе 10 мг/кг с 15.10 по 07.11.11. В период лечения побочных реакций не отмечалось.

2-й курс – албендазол в течение четырех дней в суточной дозе 10 мг/кг с 26.11 по 29.11.11. Дальнейшее лечение албендазолом было прекращено в связи с повышением уровня трансаминаз (АСТ – 116 Ед, АЛТ – 191 Ед) после четырех дней лечения. Рекомендован прием фосфоглива и урсосана. 3-й курс албендазола был начат 24.05.12, однако в связи с повышением уровня трансаминаз на 4-й день лечение албендазолом было прекращено.

В связи с угрозой развития лекарственного гепатита полный курс албендазола провести не удалось, что увеличивало риск рецидивирования эхинококкоза. Поэтому больная в настоящее время и в течение последующих четырех лет будет находиться под диспансерным наблюдением.

Б о л ь н а я П., 39 лет, родилась и постоянно живет в Черкесске Карачаево-Черкесской Республики в частном секторе. До 1996 г. в приусадебном хозяйстве были овцы. В доме жила собака, которой скармливали отходы овец.

В феврале 1991 г. остро возник приступ кашля с отделением большого количества желтоватой жидкости. В дальнейшем отмечались кашель с примесями буроватого цвета, повышение температуры, слабость. Затем в мокроте стала отмечать капли крови. В октябре 1991 г. обследовалась в торакальном отделении краевой больницы Ставрополя. Диагностировала нагноившаяся киста в левой доле левого легкого размером около 4 см. Тогда же при УЗИ печени – киста размером 4 см в правой доле печени. От оперативного лечения отказалась. Лечилась самостоятельно травами и до 1996 г. не обследовалась. Продолжали оставаться слабость, субфебрилитет.

В ноябре 1996 г. при рентгенографии в левом легком выявлена киста размером 11 см, а при УЗИ печени – в V–VIII сегментах киста размером 10,7×5,6 см.

04.12.96 в краевой больнице Черкесска проведена торакотомия слева с эхинококкэктомией и верхней лобэктомией. 11.04.97 там же проведена эхинококкэктомия из V–VIII сегментов правой доли печени.

С 1997 г. ежегодно проводились рентгенография легких и УЗИ печени. Рецидив не выявлен. В 2004 г. 1-я беременность, нормальные роды.

В сентябре 2007 г. – отек всего левого бедра, который в течение недели самостоятельно купировался. При УЗИ выявлена киста мягких тканей размером 4 см. Лечение не проводилось.

В 2011 г. вновь рецидив отека на левом бедре, но локализованный, меньшего размера, ориентировочно размером 30 см, субфебрильная температура. При УЗИ – киста в мягких тканях (мышца и подкожная клетчатка) левого бедра размером 4,9×10,1×3,9 см. В Черкесске 09.06 проведена операция: удаление эхи-

нококковой кисты мягких тканей в области задней поверхности левого бедра (рис. 5 на вклейке).

Для проведения противорецидивной химиотерапии больная поступила 08.12 в ГКБ № 24 (клиническая база кафедры инфекционных болезней, тропической медицины и эпидемиологии РНИМУ). При поступлении в ГКБ № 24 состояние удовлетворительное. Жалоб нет. При физикальном обследовании патологических изменений не выявлено. Рентгенография легких, УЗИ органов брюшной полости и малого таза, ЭКГ без патологии.

С интервалом 14 дней больной проведены 2 курса противорецидивной химиотерапии албендазолом в дозе 10 мг/кг в течение 28 дней. Побочных реакций не было.

Для проведения 3-го курса албендазола и контрольного обследования больная поступила через 1 мес 19.03.12. При поступлении внутренние органы – без патологии. Лабораторные показатели в пределах нормы. У больной отмечался эмоциональный дистресс, связанный с психосоциальными факторами. 3-й курс проводился в течение 18 дней и был прерван в связи с жалобами больной на сильные головные боли. Консультация психиатра: расстройства неорганической этиологии. После пяти дней лечения карбамазепином и феназепамом головные боли прекратились.

Эхинококкоз мышц может быть первичным в случаях, если отсутствуют кисты в других органах (больная Ш.). Вторичные случаи эхинококкоза мышц могут быть связаны или со спонтанным разрывом кисты в каких-либо внутренних органах, или как следствие операционных вмешательств на внутренних органах с последующим заносом сколексов в мышцы (больная П.). В литературе неоднократно описывались как первичные, так и вторичные случаи эхинококкоза мышц, в том числе ятрогенные, обусловленные оперативным вмешательством [17, 20]. Вторичные случаи встречаются существенно чаще первичных.

Наибольшую опасность представляют разрывы кист, диссеминация паразита и анафилактические реакции. Компрессия соседних органов и прежде всего периферических нервов также может существенно нарушать состояние здоровья пациента [10, 12, 21].

Клинические проявления гидатидозного эхинококкоза мышц сходны с первичной злокачественной опухолью мягких тканей из-за отсутствия выраженной специфической клинической симптоматики и специфических признаков при КТ и МРТ. В окружающей мышцу мягких тканях картина кисты более выражена, чем непосредственно в самой мышце. При нагноении кист на КТ и МРТ картина напоминает абсцессы мягких тканей. В связи с неспецифической клинической симптоматикой и редкостью локализации эхинококковых кист в мышцах относительно часто отмечаются диагностические ошибки. Поэтому проводят тонкоигольную аспирацию опухолевидного образования с последующим цитологическим исследованием для исключения злокачественной опухоли, что может вести к разрыву кисты и диссеминации эхинококкоза [11, 19].

Лечение эхинококкозов проводится путем хирургического лечения и химиотерапии албендазолом. Хирургическое лечение проводится традиционными методами, включающими эхинококкэктомия с резекцией органа, удалением органа и идеальную эхинококкэктомия, а также минимально инвазивный метод ПАИР. Консервативное и хирургическое лечение эхинококкозов дополняет друг друга и требует индивидуального подхода. Противопаразитарная химиотерапия требуется всем больным эхинококкозами после хирургического лечения или разрыва кист для профилактики рецидивов [4, 8, 14].

Во время химиотерапии албендазолом могут возникнуть осложнения, связанные со снижением жизнедеятельности и гибелью паразита: нагноение кист, спонтанные разрывы и ряд других. Высокие дозы албендазола, используемые для химиотерапии эхинококкозов, и длительные курсы лечения также могут способствовать развитию осложнений, связанных с токсическим действием препарата, – лейкопении и агранулоцитоза, токсического гепатита, лихорадки, алопеции и др., в ряде случаев ведущих к летальному исходу. Поэтому при проведении химиотерапии албендазолом требуется постоянный мониторинг состояния здоровья больного, включающий клинический осмотр, регулярное исследование состава периферической крови и определение уровня трансаминаз. Наличие в анамнезе гепатита В или С является прогностически неблагоприятным фактором развития осложнений, обусловленных токсическим действием албендазола [4, 5, 24].

При эхинококкозе мышц следует проводить максимально обширное удаление опухолевидного образования, как при злокачественной опухоли. В случаях невозможности проведения такой операции, например из-за близкорасположенного нейрососудистого образования, следует использовать метод ПАИР [13, 25].

Если у больного выявляется мягкое ненапряженное опухолевидное образование, медленно в течение года или более увеличивающееся в размере, и не доказана иная этиология, следует иметь в виду возможность гидатидозного эхинококкоза. Отсутствие кальцинирования оболочки кисты и отсутствие дочерних кист не исключает паразитарную этиологию опухоли.

В эндемических очагах, где относительно часты случаи гидатидозного эхинококкоза, врачи должны быть информированы, что при выявлении кист мягких тканей не должна проводиться тонкоигольная пункция.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бессонов А.С. Цистный эхинококкоз и гидатидоз. – М., 2007.
2. Бронштейн А.М., Мальшев Н.А., Лучшев В.И., Давыдова И.В. Социально-эпидемиологические проблемы и основные вопросы патологии и химиотерапии гельминтозов органов пищеварения // Рос. мед. журн. – 2007. – № 2. – С. 33–36.
3. Бронштейн А.М., Мальшев Н.А. Паразитарные болезни органов пищеварения // Руководство по гастроэнтерологии / Под ред. Ф.Ф. Комарова, С.И. Рапопорта. – М., 2010. – С. 657–692.

4. *Бронштейн А.М., Мальшев Н.А., Жаров С.Н.* и др. Эхинококкозы (гидатидозный и альвеолярный) – пограничная проблема медицинской паразитологии и хирургии // Рос. мед. журнал. – 2012. – № 3. – С. 50–53.
5. *Давыдова И.В., Легонок Ю.А., Бронштейн А.М., Межгихова Р.М.* Случай глубокой депрессии гранулоцитопоза у больной цистным эхинококкозом, леченной албендазолом // Мед. паразитол. – 2007. – № 4. – С. 53–56.
6. *Дейнека И.Я.* Эхинококкоз человека. – М., 1968.
7. *Морозов Е.Н.* Перспективы применения методов молекулярной паразитологии в мониторинге социально значимых паразитозов // Справочник зав. КДЛ. – 2011. – № 4. – С. 13–20.
8. *Мусаев Г.Х., Ветшев П.С.* Эхинококкоз: состояние проблемы // Клини. перспект. гастроэнтерол., гепатол. – 2005. – № 4. – С. 7–12.
9. *Петровский Б.В., Милонов О.Б., Дееничин П.Г.* Хирургия эхинококкоза. – М., 1985.
10. *Alimehmeti R., Seferi A., Rroji A.* et al. Saphenous neuropathy due to large hydatid cyst within long adductor muscle: case report and literature review // J. Infect. Dev. Ctries. – 2012. – Vol. 6, N 6. – P. 531–535.
11. *Basarir K., Saglik Y., Yildiz Y.* et al. Primary muscular hydatidosis mimicking soft tissue tumour: a report of five cases // J. Orthopaed. Surg. – 2008. – Vol. 16, N 3. – P. 368–372.
12. *Bilanović D., Zdravković D., Randjelović T.* et al. Lesion of the femoral nerve caused by a hydatid cyst of the right psoas muscle // Srp. Arh. Celok. Lek. – 2010. – Vol. 138, N 7–8. – P. 502–505.
13. *Bilgic S., Kose O., Sehrioglu A.* et al. Primary paraspinal hydatid cyst treated with puncture, aspiration, injection and re-aspiration (PAIR) technique: a case report // Eur. Spine J. – 2009. – Vol. 18, Suppl. 2. – P. 165–167.
14. *Brunetti E., Kern P., Vuitton D.A.* Writing Panel for the WHO-IWGE. Expert consensus for the diagnosis and treatment of cystic and alveolar echinococcosis in humans // Acta Trop. – 2010. – Vol. 114. – P. 1–16.
15. *Craig P.S., Budke C.M., Schantz P.M.* et al. Human echinococcosis: a neglected disease? // Trop. Med. Hlth. – 2007. – Vol. 35. – P. 283–292.
16. *Eckert J., Deplazed P.* Biological, epidemiological, and clinical aspects of echinococcosis, a zoonosis of increasing concern // Clin. Microbiol. Rev. – 2004. – Vol. 7, N 1. – P. 107–135.
17. *En-Nafaa I., Moujahid M., Alahyane A.* et al. Hydatid cyst of the liver ruptured into the abdominal wall and the psoas muscle: report of a rare observation // Pan. Afr. Med. J. – 2011. – Vol. 10. – P. 3–5.
18. *Ergul E., Ucar A.E., Yalcin S.* Primary hydatid cyst in an unexpected localization // Bratisl. Lek. Listy. – 2012. – Vol. 113, N 1. – P. 50–51.
19. *Insabato L., Marino G., Fazioli F.* et al. Primary intramuscular infestation of Echinococcus granulosus misdiagnosed as a soft tissue tumor: a case report // Acta Cytol. – 2007. – Vol. 51, N 4. – P. 631–633.
20. *Iuliano L., Gurgo A., Poletini E.* et al. Musculoskeletal and adipose tissue hydatidosis based on the iatrogenic spreading of cystic fluid during surgery: report of a case // Surg. Today. – 2000. – Vol. 30, N 10. – P. 947–949.
21. *Jellad A., Boudokhane S., Ezzine S.* et al. Femoral neuropathy caused by compressive iliopsoas hydatid cyst: a case report and review of the literature // J. Bone Spine. – 2010. – Vol. 77, N 4. – P. 371–372.
22. *Mahmood N.S., Mokhtari M., Abbasi F.S., Nouriyar N.* Primary solitary hydatid cyst in paraspinal cervical muscles: a case report and review of the literature // Neurol. Neurochir. Pol. – 2011. – Vol. 45, N 4. – P. 387–390.
23. *Motie M.R., Rezapanah A., Pezeshki R.M.* et al. Primary localization of a hydatid cyst in the latissimus dorsi muscle: an unusual location // Surg. Infect. (Larchmt). – 2011. – Vol. 12, N 15. – P. 401–403.
24. New dimensions in hydatidology in the new millennium. Proceedings of the 20th International congress of hydatidology. June 4–8, 2001, Kusadasi, Turkey // Acta Trop. – 2003. – Vol. 85. – P. 103–293.
25. *Ormeci N., Idilman R., Akyar S.* et al. Hydatid cysts in muscle: a modified percutaneous treatment approach // Int. J. Infect. Dis. – 2007. – Vol. 11. – P. 204–208.
26. *Pathak T.K., Roy S., Das S.* et al. Solitary hydatid cyst in thigh without any detectable primary site // J. Pak. Med. Assoc. – 2011. – Vol. 61, N 12. – P. 1244–1245.
27. *Sarisoy H.T., Memisoglu K., Tamer G.S., Sarlak A.Y.* Primary hydatid disease in adductor muscles // Clin. Invest. Med. – 2008. – Vol. 31, N 5. – P. 296–299.

Поступила 12.10.12

Сведения об авторах:

Мальшев Н.А., проф., доктор мед. наук, гл. врач инфекционной клинической больницы № 1; **Легонок Ю.А.**, канд. мед. наук, ст. науч. сотр. ИМПитМ им. Е.И. Марциновского I МГМУ им. И.М. Сеченова; ГКБ № 24; **Мусаев Г.Х.**, проф., доктор мед. наук, каф. факультетской хирургии № 1 I МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Большая Пироговская, 6, РХМ УКБ № 1; **Жаров С.Н.**, проф., д-р мед. наук, зав. каф. инфекционных болезней и эпидемиологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова; Москва, ИКБ № 3; **Сертакова О.В.**, врач, ГКБ № 24.

© В.И. ТРИХЛЕБ, 2013

УДК 616.936.1-036.1-02:615.283.926

В.И. Трихлеб

ВЛИЯНИЕ ХИМИОПРОФИЛАКТИКИ МАЛЯРИИ НА УРОВЕНЬ ПАРАЗИТЕМИИ

Главный военно-медицинский клинический центр ГВКГ, 01133, Украина, Киев, ул. Госпитальная, 18

В статье приведен обзор литературы относительно уровня паразитемии у больных малярией и данные анализа историй болезни больных малярией, которые принимали и не принимали химиопрофилактические препараты в период нахождения в эндемичной стране по малярии.

Ключевые слова: малярия, температура, уровень паразитемии

V.I. Trickleb

IMPACT OF MALARIA CHEMOPROPHYLAXIS ON THE LEVEL OF PARASITEMIA

The Main Military Medical Clinical Centre "The Main Military Clinical Hospital" of the Ministry of Defence, 18, Gospitalnaya Str., Kiev, Ukraine, 01133

In the a review of the literature regarding the level of parasitemia in patients with malaria and data of analysis of history cases records of patients with malaria, which have been and haven't been taken a chemopreventive medications in connection with being in a country endemic for malaria are presented

Key words: malaria, temperature, parasitemia