

УДК 616.995.122
DOI: 10.20310/1810-0198-2017-22-2-261-264

ОПИСТОРХОЗ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА

© **З.С. Топчиева, Д.О. Топчиева, Е.Б. Горшенёва**
Тамбовский государственный университет им. Г.Р. Державина
392000, Российская Федерация, г. Тамбов, ул. Интернациональная, 33
E-mail: gosheneva.k@mail.ru

Гельминтозы – обширная группа паразитарных заболеваний. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека сообщает, что описторхоз остается важной социально значимой проблемой для РФ. Две трети мирового ареала возбудителя приходится на территорию России, простирается практически непрерывно от озера Байкал до западных границ Европы. За последние 15 лет произошло расширение ареала возбудителя описторхоза с активным включением человека в качестве источника инвазии. Дается подробное описание описторхозов и их видов, а также рассмотрены варианты болезни. Описан случай заражения описторхозом на территории Тамбовской области после употребления в пищу сырой, малосоленой, вяленой рыбы.

Ключевые слова: описторхоз; инвазия; рыба семейства карповых

АКТУАЛЬНОСТЬ

В настоящее время известно около 300 гельминтозов человека и около 50 видов инвазий простейшими, вызывающих болезни у людей. По современным оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), 1/4 часть населения планеты инфицирована кишечными паразитами. Наиболее широкое распространение паразитарных болезней наблюдается в странах тропического и субтропического поясов Азии, Африки и Латинской Америки, где проживает большая часть населения Земли [1].

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека сообщает, что описторхоз остается важной социально значимой проблемой для РФ. Две трети мирового ареала возбудителя приходится на территорию России, простирается практически непрерывно от озера Байкал до западных границ Европы. На большей части ареала циркуляция паразита носит изначально эпизоотический характер и осуществляется без участия человека. За последние пятнадцать лет произошло расширение ареала возбудителя описторхоза с активным включением человека в качестве источника инвазии [1–2].

Гельминтозы – обширная группа паразитарных заболеваний, вызываемых гельминтами. Гельминтозы человека вызываются преимущественно двумя типами червей: круглые черви – Nematelminthes (класс Nematoda) и плоские черви – Plathelminthes (класс ленточных червей – Cestoidea и сосальщиков – Trematoda). В 1884 г. С. Ривольта в северной Италии нашел у кошки гельминт, ранее неизвестный науке, и назвал его кошачьей двуусткой. Прошло всего 7 лет, и этот гельминт был найден у человека в Сибири. В 1891 г. профессор К.Н. Виноградов при патологоанатомическом исследовании печени человека обнаружил небольшого гельминта, описал его и назвал двуусткой сибирской. Последующие исследования показали, что двуустка

кошачья и двуустка сибирская – один и тот же вид гельминта. Его отнесли к роду описторхис, а заболевание назвали описторхозом [3–4].

Возбудителями описторхоза являются два вида трематод – *Opisthorchis felineus* и *O. viverrini* (Poiries 1886 г., Nassal 1896 г.), близких по морфологии, циклу развития, патогенезу и клинике вызываемой болезни. **Описторхис** – сравнительно мелкий сосальщик. Форма тела листовидная, ланцетовидная с заостренным передним концом, длина 9–19 мм, ширина 1,3–2 мм. В сутки одна особь выделяет до 900–1000 яиц. Яйца мелкие, бледно-желтого цвета, по форме напоминают огуречное семя. На одном полюсе яйца – крышечка, на противоположном – бугорок, размеры – 0,11–0,018 × 0,022–0,035 мм.

Жизненный цикл. Описторхисы – биогельминты. В их жизненном цикле участвуют два промежуточных хозяина и окончательный хозяин. Окончательными хозяевами являются человек и другие млекопитающие.

Первый промежуточный хозяин – пресноводный моллюск рода *Bithynia inflata* – обитатель мелководных, хорошо прогреваемых, богатых растительностью водоемов со стоячей водой, глубиной до 2–4 метров. Пробуждение моллюска зависит от температуры воды 12–15 °С.

Второй промежуточный хозяин – рыбы семейства карповых (доказано Брауном в 1893 г.): белоглазка, густера, елец, линь, плотва, лещ, красноперка, чехонь, уклей, синец.

В организме моллюска образуется большое количество личинок – церкариев, которые затем выходят в воду и проникают в пресноводных рыб семейства карповых, где превращаются в метацеркариев. Половое созревание метацеркариев завершается в организме окончательного хозяина. Весь цикл развития *O. felineus* занимает 4–4,5 мес. Заражение происходит при употреблении в пищу сырой, малосоленой и вяленой рыбы.

В течении описторхоза различают две стадии болезни. Метасцеркарии из двенадцатиперстной кишки по общему желчному протоку перемещаются во внутрипеченочные желчные ходы. У 20–35 % инвазированных лиц опистархисов обнаруживают и в панкреатических протоках. В патогенезе острой стадии болезни ведущим признаком является общая аллергическая реакция в ответ на антигены паразита. Эта стадия заболевания сопровождается развитием пролиферативных процессов в периферических органах иммуногенеза: селезенка, лимфатические узлы, пролиферативно-экссудативных реакций в слизистых оболочках дыхательных путей, коже, органах пищеварительной системы. Как следствие этих воздействий – развитие дистрофических процессов в печени, миокарде и других органах.

Хроническая стадия описторхоза характеризуется влиянием взрослых гельминтов и вторичной микробной флоры, а также аутоенсибилизацией организма продуктами гибели клеток эпителия желчных протоков и желчного пузыря. В связи с этим развиваются такие процессы, как хронический холангит, перихолангит, в паренхиме печени возникают изменения в виде хронического гепатита, а в дальнейшем – и цирроза печени. Влияние на нервные структуры, такие как блуждающий нерв и симпатическая нервная система, ведет к возникновению дискинезий желчевыводящих путей и желчного пузыря, а также к расстройству секреторной и моторной функций желудка, моторики двенадцатиперстной кишки. В результате развивается хронический гастродуоденит. Длительность паразитирования описторхов у человека составляет годы – 10–20–30 лет [3; 5].

Острая фаза. Заболевание начинается через 5–35 дней после заражения. В среднем инкубационный период составляет 21 день. Описторхоз, как правило, имеет острое начало, реже начинается с недомогания, слабости, субфебрилитета. Острый описторхоз средней тяжести (40–50 % больных) характеризуется катаральными явлениями верхних дыхательных путей, высокой лихорадкой до 39–39,5°, лейкоцитозом, эозинофилией (25–60 %), умеренно повышенной СОЭ (20–40 мм/час). При легкой и средней степени тяжести течения описторхоза через 1–2 недели наступает латентный период болезни и переход в хроническую форму. Тяжелое течение острого описторхоза (15–25 % больных) может проходить по тифоподобному, гепатохолангитическому, гастроэнтероколитическому варианту и как вариант с преимущественным поражением дыхательных путей. Тифоподобный вариант ярко отражает аллергическую природу острой фазы, имеет острое начало, высокую температуру с ознобом, кожными высыпаниями признаками интоксикации, миалгии и артралгии, диспепсии. Гемограмма характеризуется лейкоцитозом до $20\text{--}30 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилия достигает 80–90 %, повышение СОЭ до 30–40 мм/час. Эти явления продолжаются 2,5–3 недели.

Гепатохолангитический вариант протекает с выраженными симптомами интоксикации и признаками диффузного поражения печени: желтуха, гепатоспленомегалия, изменениями биохимических показателей крови – повышение содержания прямого билирубина в сыворотке крови, повышение уровня гамма-глобулинов, тимоловой пробы. Гепатохолангитический вариант характеризуется абдоминальными болями тупого, ноющего характера, иногда развивается печеноч-

ная колика. В тяжелых случаях поражение гепатобилиарной системы усугубляются явлениями панкреатита.

Гастроэнтероколитический вариант. Признаками этого варианта являются симптомы эрозивного гастрита, энтероколита, язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Признаки интоксикации, лихорадки менее выражены, эозинофилия до 35–40 % характерны боли в животе, снижение аппетита, тошнота, нарушение стула. У 30 % больных отмечаются симптомы астеновегетативного синдрома [2].

Хроническая фаза. Хронический описторхоз имеет полиморфные, неспецифические признаки. Симптомы и синдромы холангита и холецистита являются наиболее распространенными. У 10–15 % больных хроническим описторхозом наблюдается гепатит (боли в правом подреберье, тошнота, рвота, артралгия, кожный зуд, гепатомегалия, при обострении развивается желтуха) [2; 6].

Осложнения описторхоза: гнойный холангит (воспаление желчевыводящих путей), разрыв кистознорасширенных желчных протоков с последующим развитием желчного перитонита, острый панкреатит (воспаление поджелудочной железы), рак [6–7].

Для паразитологической диагностики описторхоза используют копроовоскопию (метод толстого мазка под целлофаном по Като–Миура, метод уксусно-эфирного осаждения) и серологический метод (метод иммуноферментного анализа) с целью выявления специфических иммуноглобулинов классов М и G [1; 8–9].

Цель: демонстрация случая описторхоза в практике врача.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Больной И., 46 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в правом подреберье, тошноту, субфебрильную температуру, кожный зуд умеренной интенсивности, головную боль.

Из анамнеза установлено, что больной в течение трех лет страдает хроническим холециститом. По поводу данного заболевания неоднократно проходил стационарное лечение. Последнее обострение связывает с погрешностью в диете.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

При объективном осмотре – болезненность в точке желчного пузыря, правом подреберье. Нижний край печени по срединно-ключичной линии выступает из-под реберной дуги на 2–2,5 см, при пальпации умеренно болезненный, эластичной консистенции, поверхность гладкая. Симптомы Грекова–Ортнера, Кера положительные. Селезенка не пальпируется.

Результаты проведенного обследования: общий анализ крови – эритроциты $3,4 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин 120 г/л, лейкоциты $15 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 35 мм/ч. Лейкоцитарная формула: базофилы 1 %, эозинофилы 56 %, палочкоядерные нейтрофилы 7 %, сегментоядерные нейтрофилы 17 %, лимфоциты 11 %, моноциты 8 %.

Биохимический анализ крови: общий белок 65 г/л, билирубин 28,9 мкмоль/л, непрямого билирубин 21,7 мкмоль/л, прямой билирубин 7,2 мкмоль/л, холестерин 5,4 ммоль/л, креатинин 72,8 мкмоль/л, глюкоза 4,9 ммоль/л, АЛТ 45 ЕД/л, АСТ 29 ЕД/л, амилаза 28 МЕ/л, щелочная фосфатаза 287 МЕ/л, ГГТ 53 МЕ/л.

Общий анализ мочи без патологических изменений. Копроовоскопическое обследование методом по Като–Миура – результат отрицательный.

При более углубленном сборе анамнеза выяснилось, что больной является большим любителем рыбалки и часто употребляет в пищу речную рыбу.

Учитывая выраженную эозинофилию, эпиданамнез, было назначено проведение дуоденального зондирования с последующим изучением дуоденального содержимого.

Результат дуоденального зондирования: в порции “С” обнаружены яйца описторхиса (*opisthorchis felipeus*).

Больному был установлен диагноз: описторхоз. Острое течение.

Рекомендованы консультация и лечение у врача-инфекциониста.

ВЫВОДЫ

Данное клиническое наблюдение интересно тем, что, во-первых, демонстрирует многообразие клинических проявлений описторхоза, во-вторых, заставляет обратить внимание на тот факт, что диагноз описторхоза основывается на клинике заболевания, эпидемиологическом анамнезе и проведении копроовоскопии и

овоскопии дуоденального содержимого, а также использовании серологических методов исследования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Гузеева Т.М.* Состояние заболеваемости паразитарными болезнями в Российской Федерации в условиях реорганизации службы // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. 2008. № 1. С. 3-11.
2. *Каложенная М.И.* Состояние органов пищеварения у больных в резидуальный период хронического описторхоза: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Томск, 2000.
3. *Безр С.А.* Биология возбудителя описторхоза. М., 2005. 336 с.
4. *Старостина О.Ю., Панюшкина И.И.* Сравнительная характеристика методов лабораторной диагностики описторхоза // Клиническая лабораторная диагностика. 2014. № 4. С. 44-45.
5. Лабораторные методы диагностики паразитарных заболеваний: МУК 4.2 735-99. М.: Минздрав России, 2000.
6. *Николаева Н.И., Николаева В.П., Гизелева А.В.* Описторхоз. Этиология, клиника, диагностика, лечение // Российский паразитологический журнал. 2005. № 5. С. 23-26.
7. *Пальцев А.И.* Хронический описторхоз с позиций системного подхода. Клиника, диагностика, патоморфоз, лечение // РМЖ. Приложение. Болезни органов пищеварения. 2005. № 2. С. 96-101.
8. *Святенко И.А., Белобородова Э.И.* Особенности клинико-эндоскопической картины гастроэзофагеальной рефлюксной болезни при хроническом описторхозе // Сибирский медицинский журнал. 2010. № 1. С. 41-44.
9. *Филлимонова Л.А., Борисенко Н.А.* Описторхоз, клинические проявления // Сибирское медицинское обозрение. 2006. Т. 9. Вып. 2. С. 8-12.

Поступила в редакцию 20 марта 2017 г.

Топчиева Зинаида Серафимовна, Тамбовский государственный университет им. Г.Р. Державина, г. Тамбов, Российская Федерация, кандидат медицинских наук, доцент кафедры патологии, e-mail: Topchieva.Zinaida@yandex.ru

Топчиева Дарья Олеговна, Тамбовский государственный университет им. Г.Р. Державина, г. Тамбов, Российская Федерация, студентка медицинского института, e-mail: Topchieva.Zinaida@yandex.ru

Горшенёва Екатерина Борисовна, Тамбовский государственный университет им. Г.Р. Державина, г. Тамбов, Российская Федерация, кандидат биологических наук, старший преподаватель кафедры патологии, e-mail: gosheneva.k@mail.ru

UDC 616.995.122

DOI: 10.20310/1810-0198-2017-22-2-261-264

OPISTHORCHIASIS. A CLINICAL CASE IN THE GENERAL PHYSICIAN PRACTICE

© **Z.S. Topchieva, D.O. Topchieva, E.B. Gorsheneva**

Tambov State University named after G.R. Derzhavin
33 Internatsionalnaya St., Tambov, Russian Federation, 392000
E-mail: gosheneva.k@mail.ru

Helminthiasis – extensive group of parasitic diseases. The Federal Service for Supervision of Consumer Rights Protection and Human Wellbeing reports that opisthorchiasis remains an important socially significant problem for the Russian Federation. Two-thirds of the global area of the pathogen are in the territory of Russia, extending almost continuously from Lake Baikal to the western borders of Europe. Over the past fifteen years, the distribution area of the causative agent of opisthorchiasis has expanded with active involvement of a human as a source of infestation. A detailed description of opisthorches and their species is given, as well as variants of the disease are considered. The case of opisthorchiasis infection in the Tambov region after eating raw, low-salted, dried fish is described.

Key words: opisthorchiasis; invasion; cyprinid fish

REFERENCES

1. Guzeeva T.M. Sostoyanie zabolevaemosti parazitarnymi boleznyami v Rossiyskoy Federatsii v usloviyakh reorganizatsii sluzhby [The incidence of parasitic diseases in the Russian Federation and tasks under service reorganization]. *Meditsinskaya parazitologiya i parazitarnye bolezni – Medical Parasitology and Parasite Diseases*, 2008, no. 1, pp. 3-11. (In Russian).
2. Kalyuzhnaya M.I. Sostoyanie organov pishchevareniya u bol'nykh v rezidual'nyy period khronicheskogo opistorkhoza. Avtoref. diss. ... dokt. med. nauk [The State of Digestive Apparatus at Patients in Residual Period of Chronic Opisthorchiasis. Dr. med. sci. diss. abstr.] Tomsk, 2000. (In Russian).
3. Beer S.A. *Biologiya vzbuditel'nykh opistorkhoza* [Biology of Causative Agent of Opisthorchiasis]. Moscow, 2005, 336 p. (In Russian).
4. Starostina O.Yu., Panyushkina I.I. Sravnitel'naya kharakteristika metodov laboratornoy diagnostiki opistorkhoza [Comparative characteristics of laboratory diagnostics methods of opisthorchiasis]. *Klinicheskaya laboratornaya diagnostika – Clinical Laboratory Characteristics*, 2014, no. 4, pp. 44-45. (In Russian).
5. *Laboratornye metody diagnostiki parazitarnykh zabolevaniy. Metodicheskie ukazaniya 4.2 735-99* [Laboratory Methods of Parasitism Diagnostics. Recommended Practice 4.2 735-99]. Moscow, Ministry of Health of the Russian Federation, 2000. (In Russian).
6. Nikolaeva N.I., Nikolaeva V.P., Gigeleva A.V. Opistorkhoz. Etiologiya, klinika, diagnostika, lechenie [Aetiology, clinic, diagnostics, treatment]. *Rossiyskiy parazitologicheskii zhurnal – Russian Journal of Parasitology*, 2005, no. 5, pp. 23-26. (In Russian).
7. Paltsev A.I. Khronicheskii opistorkhoz s pozitsiy sistemnogo podkhoda. Klinika, diagnostika, patamorfoz, lechenie [Chronic opisthorchiasis from the point of view of system approach. Clinic, diagnostics, pathomorphism, treatment]. *Russkiy meditsinskiy zhurnal. Prilozhenie. Bolezni organov pishchevareniya – Russian Medical Journal. Enclosure. Diseases of the Digestive System*, 2005, no. 2, pp. 96-101. (In Russian).
8. Svyatenko I.A., Beloborodova E.I. Osobennosti kliniko-endoskopicheskoy kartiny gastroezofageal'noy refluksnoy bolezni pri khronicheskom opistorkhoze [The Features of the Clinic-Endoscopic Picture of the Gastroesophageal Reflux Disease in Chronic Opisthorchiasis]. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal (Irkutsk) – Siberian Medical Journal (Irkutsk)*, 2010, no. 1, pp. 41-44. (In Russian).
9. Filimonova L.A., Borisenko N.A. Opistorkhoz, klinicheskie proyavleniya [Opisthorchiasis, clinical manifestations]. *Sibirskoe meditsinskoe obozrenie – Siberian Medical Review*, 2006, vol. 9, no. 2, pp. 8-12. (In Russian).

Received 20 March 2017

Topchieva Zinaida Serafimovna, Tambov State University named after G.R. Derzhavin, Tambov, Russian Federation, Candidate of Medicine, Associate Professor of Pathology Department, e-mail: Topchieva.Zinaida@yandex.ru

Topchieva Darya Olegovna, Tambov State University named after G.R. Derzhavin, Tambov, Russian Federation, Student of Medical Institute, e-mail: Topchieva.Zinaida@yandex.ru

Gorsheneva Ekaterina Borisovna, Tambov State University named after G.R. Derzhavina, Tambov, Russian Federation, Candidate of Biology, Senior Lecturer of Pathology Department, e-mail: gosheneva.k@mail.ru

Информация для цитирования:

Топчиева З.С., Топчиева Д.О., Горшенёва Е.Б. Описторхоз. Клинический случай в практике врача-терапевта // Вестник Тамбовского университета. Серия Естественные и технические науки. Тамбов, 2017. Т. 22. Вып. 2. С. 261-264. DOI: 10.20310/1810-0198-2017-22-2-261-264

Topchieva Z.S., Topchieva D.O., Gorsheneva E.B. Opistorkhoz. Klinicheskii sluchay v praktike vracha-terapevta [Opisthorchiasis. A clinical case in the general physician practice]. *Vestnik Tambovskogo universiteta. Seriya Estestvennye i tekhnicheskie nauki – Tambov University Reports. Series: Natural and Technical Sciences*, 2017, vol. 22, no. 2, pp. 261-264. DOI: 10.20310/1810-0198-2017-22-2-261-264 (In Russian).