Описторхоз в Южно-Уральском природном очаге: клинико-эпидемиологическое наблюдение

Ратникова Л.И.¹,
Тер-Багдасарян Л.В.¹,
Беспалова М.К.²

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 454092, г. Челябинск, Российская Федерация

² Муниципальное автономное учреждение здравоохранения Ордена Знака Почета Городская клиническая больница № 8, 454071, г. Челябинск, Российская Федерация

Описторхоз – самый распространенный природно-очаговый биогельминтоз в России с заболеваемостью от 0,05 до 305,71 на 100 тыс. населения в различных регионах. Наиболее неблагоприятны по описторхозу территории, примыкающие к бассейнам рек Обь, Иртыш, Томь, в том числе Челябинск, расположенный на реке Миасс, входящей в систему Обь-Иртышского бассейна. В 2019 г. на территории Челябинской области зарегистрирован подъем заболеваемости описторхозом: только в Челябинске с описторхозом были госпитализированы 235 человек, из них 145 – с острой формой заболевания.

Цель исследования – клинико-эпидемиологический анализ вспышки острого описторхоза в Челябинске.

Материал и методы. Очаг острого описторхоза был зарегистрирован в июне-августе 2019 г., когда в инфекционное отделение МАУЗ ОЗП ГКБ № 8 Челябинска были госпитализированы 138 человек с диагнозом острого описторхоза. Установлен общий фактор передачи инвазии – употребление всеми заболевшими рыбы язь, приобретенной в предприятиях торговли Челябинска. Диагноз подтвержден обнаружением антител методом иммуноферментного анализа и копроовоскопически.

Результаты. Клиническая картина острого описторхоза характеризовалась полиморфизмом. У 15% пациентов начальный период описторхоза был расценен как заболевания хирургического, терапевтического или иного профиля. В приведенных клинических наблюдениях отмечено, что дебют описторхоза скрывался под маской неинфекционных заболеваний с выраженными признаками поражения желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы.

Заключение. Клинические наблюдения призваны обратить внимание врачей на целесообразность обследования на описторхоз пациентов с поражением органов желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы, особенно в том случае, если эти поражения развились на фоне выраженного интоксикационного синдрома. Из представленных наблюдений следует, что эпидемиологический анамнез позволяет значительно сократить время диагностического поиска, своевременно назначить этиотропную терапию и предупредить формирование хронической формы описторхоза.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Вклад авторов. Концепция и дизайн исследования – Тер-Багдасарян Л.В., Ратникова Л.И.; статистическая обработка и написание текста – Тер-Багдасарян Л.В.; сбор и обработка материала – Тер-Багдасарян Л.В., Беспалова М.К.; редактирование – Ратникова Л.И.

Для цитирования: Ратникова Л.И., Тер-Багдасарян Л.В., Беспалова М.К. Описторхоз в Южно-Уральском природном очаге: клинико-эпидемиологическое наблюдение // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. 2021. Т. 10, № 1. С. 52–59. DOI: <https://doi.org/10.33029/2305-3496-2021-10-1-52-59>

Статья поступила в редакцию 27.01.2020. Принята в печать 28.12.2020.

Ключевые слова:

описторхоз,
клиническая
картина,
диагностика

Opisthorchosis in the South Ural natural focus. Clinical and epidemiological observation

Ratnikova L.I.¹,
Ter-Bagdasaryan L.V.¹,
Bespalova M.K.²

¹ South Ural State Medical University, 454092, Chelyabinsk, Russian Federation

² City Clinical Hospital No. 8, 454071, Chelyabinsk, Russian Federation

Opisthorchiasis is the most common natural focal biohelminthiasis in Russia; its incidence is from 0.05 to 305.71 per 100 thousand people in various regions of the country. The most unsuccessful opisthorchiasis territories adjacent to the river basins of the Ob, Irtysh, Tom; including Chelyabinsk, located on the Miass River, which is part of the Ob-Irtysh basin system. In 2019, the Chelyabinsk Region registered an increase in the incidence of opisthorchiasis: only in Chelyabinsk, 235 people were hospitalized with opisthorchiasis, including 145 patients with an acute form of the disease.

The aim – to conduct a clinical and epidemiological analysis of a sharp increase in the incidence of acute opisthorchiasis in Chelyabinsk.

Material and methods. The focus of acute opisthorchiasis was registered in June-August 2019, when 138 people with acute opisthorchiasis were hospitalized in the infectious department of City Clinical Hospital No. 8 of Chelyabinsk. A common factor of invasion transmission is established – consumption of *Leuciscus idus* purchased in enterprises of trade in Chelyabinsk. Diagnosis confirmed by detection of antibodies in IFA and coproovoscopically

Results. The clinical picture of acute opisthorchiasis was characterized by polymorphism. In 15% of patients, the initial period of opisthorchiasis was considered as a disease of surgical, therapeutic or other profile. In the clinical observations, it is noted that the debut of opisthorchiasis was hidden under the mask of non-infectious diseases with damage of gastrointestinal tract and hepatobiliary system.

Conclusion. Clinical observations should draw the attention of doctors to the expediency of examination of patients with gastrointestinal tract and hepatobiliary system lesions, especially if these lesions developed with pronounced intoxication syndrome. Thus epidemiological history allows to significantly reduce the time of diagnostic search, timely administration of etiotropic therapy and prevent the formation of a chronic form of opisthorchiasis.

Funding. The study had no sponsor support.

Conflict of interests. The authors declare that there is no conflict of interest.

Contribution. Research concept and design – Ter-Bagdasaryan L.V., Ratnikova L.I.; statistical processing and text writing – Ter-Bagdasaryan L.V.; the collection and processing of the material – Ter-Bagdasaryan L.V., Bespalova M.K.; editing – Ratnikova L.I.

For citation: Ratnikova L.I., Ter-Bagdasaryan L.V., Bespalova M.K. Opisthorchosis in the South Ural natural focus. Clinical and epidemiological observation. *Infektsionnye bolezni: novosti, mneniya, obucheniye* [Infectious Diseases: News, Opinions, Training]. 2021; 10 (1): 52–9. DOI: <https://doi.org/10.33029/2305-3496-2021-10-1-52-59> (in Russian)

Received 27.01.2020. **Accepted for publication** 28.12.2020.

Описторхоз среди природно-очаговых гельминтозов России наиболее распространен. Согласно данным Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, в структуре био-гельминтозов в 2018 г. на долю описторхоза приходилось 79,5% случаев [1]. Показатель заболеваемости описторхозом в России варьировал от 0,05 до 305,71 на 100 тыс. населения. Превышение среднероссийского показателя в 2018 г. зарегистрировано более чем в 10 субъектах РФ. Территории, примыкающие к бассейнам рек Обь, Иртыш, Томь и их притокам, наиболее неблагополучны по описторхозу. На реке Миасс, входящей в систему Обь-Иртышского бассейна, находится Челябинск, в окрестностях которого существует очаг описторхоза, возникший более 50 лет назад в связи с сооружением Шершневого водохранилища [2, 3]. Заболеваемость описторхозом на территории Челябинской области распределена неравномерно, что можно объяснить наличием местного природного очага в бассейне рек Уй и Увелка (территории г. Южноуральска и Увельского, Троиц-

кого, Карталинского, Варненского районов), где ежегодно выявляется до 40% числа больных описторхозом, а показатели заболеваемости в этих очагах превышают средний уровень по области до 8 раз. В 2018 г. среди биогельминтозов Челябинской области описторхоз регистрировался в 94,4%, было выявлено 268 случаев заболевания (8,14 на 100 тыс. населения). В 2017 г. показатель заболеваемости составил 8,29 на 100 тыс., в 2016 г. – 11,69 на 100 тыс., что соответствует среднему многолетнему уровню заболеваемости [4]. Помимо факторов природного характера, высокие показатели заболеваемости населения области описторхозом обусловлены и социально-экономическими причинами. В рационе питания населения увеличилась доля рыбы и рыбопродуктов, в том числе домашнего приготовления. Связано это как с популяризацией любительского рыболовства, так и с неконтролируемым вывозом рыбы и рыбопродуктов из очагов описторхоза, с реализацией рыбы и рыбопродуктов на несанкционированных рынках.

Keywords:

opisthorchiasis, clinical picture, diagnostics

Цель исследования – ретроспективный анализ эпидемиологических и клинико-лабораторных аспектов острой формы описторхоза с учетом вспышки острого описторхоза 2019 г. в Челябинске.

Материал и методы

Для анализа эпидемической ситуации в отношении описторхоза в Челябинской области использованы методы описательной и аналитической эпидемиологии. Проанализированы данные историй болезни больных описторхозом с 2013 по 2019 г. Сформированы 2 группы пациентов: 1-я группа – 356 больных описторхозом, наблюдавшихся в инфекционном стационаре МАУЗ ОЗП ГКБ № 8 г. Челябинска с 2013 по 2018 г., 2-я группа – 235 пациентов с описторхозом, проходивших лечение в 2019 г. У всех больных диагноз описторхоза верифицирован методом иммуноферментного анализа (ИФА) – обнаружение специфических IgM, IgG в сыворотке крови; у больных с хронической формой заболевания – паразитологическим исследованием (обнаружением яиц *Opisthorchis felinus* в фекалиях). Проведены общеклинические исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови. С целью дифференциальной диагностики определяли маркеры вирусных гепатитов. Инструментальные методы исследования – ультразвуковое исследование (УЗИ), электрокардиография (ЭКГ), рентгенография легких (всем больным); эзофагогастродуоденофиброскопия – по показаниям.

Проанализированы материалы официальных форм статистической отчетности «Сведения об инфекционной и паразитарной заболеваемости в Российской Федерации» Федерального центра гигиены и эпидемиологии за 2018 г.; государственные доклады «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения» г. Челябинска и Челябинской области за 2018 г.; «Сведения об инфекционной и паразитарной заболеваемости» в Челябинской области за январь-октябрь 2019 г.

Статистическую обработку результатов проводили стандартными методами вариационной статистики в рамках программного обеспечения Statistica for Windows, версия 6.0. Критический уровень значимости при проверке гипотез – $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Ретроспективный анализ историй болезни показал, что в 2019 г. на лечении в МАУЗ ОЗП ГКБ № 8 г. Челябинска находились 235 больных описторхозом, т.е. в 4 раза больше чем в среднем (59 пациентов) с 2013 по 2018 г. (78 – в 2013 г., 38 – в 2014 г., 47 – в 2015 г., 57 – в 2016 г., 77 – в 2017 г. и 59 – в 2018 г.). В результате анализа распределения больных описторхозом по гендерному и возрастному признакам в 2 группах существенных различий не выявлено: мужчины и женщины наиболее трудоспособного возраста одинаково часто болели описторхозом (табл. 1). Необходимо отметить, что пациентов старше 60 лет в 1-й группе наблюдения было достоверно больше ($24,1 \pm 1,9$ против $8 \pm 3,0\%$, $p < 0,05$). В сравнимых группах существенно отличалось распределение больных по форме заболевания: больных с острым описторхозом было значительно больше во 2-й группе наблюдения по сравнению с 1-й группой ($61,7 \pm 2,4$ и $28 \pm 1,8\%$ соответственно, $p < 0,01$).

В табл. 2 представлены материалы анализа основных клинических проявлений острого описторхоза у пациентов обеих групп.

Основные клинические проявления острого описторхоза в группах наблюдения не имели существенных различий. Согласно результатам проведенного анализа историй болезни, характерными были выраженный интоксикационный синдром, абдоминалгии, гепатомегалия, которая сопровождалась цитоллизом, холестазом, кожным зудом, желтухой. В общем анализе крови имела место типичная эозинофилия от 14 до 70% в 1-й группе $84,2 \pm 4,1\%$ случаев, во 2-й – $83,4 \pm 4,1\%$. Статистически значимые различия были выявлены в степени выраженности интоксикационного синдрома: в 1-й группе с лихорадкой выше 39°C было $23,4 \pm 2,2\%$, а во 2-й – $10,9 \pm 1,7\%$. В 7 случаях было отмечено внезапное начало лихорадки неправильного типа с ознобом и катарально-респираторным синдромом, поражением дыхательных путей с астматическим компонентом и летучими эозинофильными инфильтратами в легких, при этом 5 из них в 2019 г.

Групповые заболевания острым описторхозом среди жителей Челябинска были зарегистрированы с июня по август 2019 г., когда в инфекционный стационар было госпи-

Таблица 1. Характеристика больных описторхозом

Показатель	Число больных в группах				p
	1-я группа (n=356)		2-я группа (n=235)		
	n (%)	±m	n (%)	±m	
Гендерный признак:					
– женщины	202 (56,7)	2,4	122 (51,9)	3,3	>0,01
– мужчины	154 (43,3)	2,2	113 (48,0)	3,1	>0,01
Возраст, годы:					
18–44	192 (53,9)	2,2	136 (57,8)	3,1	>0,01
45–60	78 (21,9)	1,8	80 (34,0)	3,0	>0,05
>60	86 (24,1)	1,9	19 (8,0)	3,0	<0,05
Форма болезни:					
– острая	101 (28,0)	1,8	145 (61,7)	2,4	<0,01
– хроническая	256 (71,9)	1,8	90 (38,2)	2,2	<0,01

Таблица 2. Частота основных клинических проявлений острого описторхоза

Клинические проявления	Частота признака в группах сравнения				p
	1-я группа (n=101)		2-я группа (n=145)		
	n (%)	±m	n (%)	±m	
Лихорадка:	89 (88,1)	4,2	136 (93,7)	4,4	>0,05
– средней степени тяжести	71 (70,3)	3,9	114 (78,6)	4,1	>0,05
– тяжелой степени тяжести	11 (10,9)	1,7	34 (23,4)	2,2	<0,01
Абдоминалгия:					
– боль в правом подреберье и/или эпигастральной области	68 (67,3)	4,5	93 (64,1)	4,9	>0,05
– затруднялись определить локализацию боли	22 (21,7)	2,8	37 (25,5)	3,1	>0,05
Гепатомегалия:	47 (46,5)	3,0	75 (51,7)	2,2	>0,05
– с холестазом	20 (42,5)	3,5	35 (46,6)	3,8	>0,05
– с желтухой	9 (20,0)	1,9	14 (18,6)	2,5	>0,05
Сыпь полиморфная	10 (9,9)	2,4	14 (9,6)	2,7	>0,05
Кожный зуд	8 (7,9)	2,1	13 (8,)	2,3	>0,05
Кожный зуд в сочетании с катарально-респираторным синдромом с «летучими эозинофильными инфильтратами» легкого	2 (1,9)	2,2	5 (3,4)	3,3	>0,05
Цитоллиз	33 (32,6)	4,5	49 (33,8)	4,2	>0,05
Эозинофилия	85 (84,2)	4,1	121 (83,4)	4,1	>0,05

тализировано 138 человек, что составило 95% числа больных с диагнозом острого описторхоза за год. Среди них 13 больных поступили в июне, 92 пациента – в июле, 33 – в августе. В результате эпидемиологического обследования был установлен единый фактор передачи инвазии: все заболевшие связывали свое заболевание с употреблением рыбы из холодного, горячего копчения и вяленой, приобретенной в предприятиях торговли города Челябинска. В связи с этим специалистами Управления Роспотребнадзора по Челябинской области и ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Челябинской области» проведено эпидемиологическое обследование, в ходе которого установлены места приобретения рыбной продукции больными, проведены проверки рыбоперерабатывающих цехов, оптовых складов и предприятий торговли с отбором проб рыбной продукции.

По результатам исследований в 15 пробах готовой продукции и 9 пробах сырья (языя мороженого) обнаружены жизнеспособные личинки *Opisthorchis felinus*. Установлено, что на данных предприятиях не проводили надлежащий производственный контроль, включая лабораторное исследование рыбной продукции на санитарно-паразитологические показатели. Отсутствовали технологические инструкции по производству рыбной продукции, а технология приготовления и обеззараживания рыбной продукции при ее копчении была грубо нарушена [5]. Выявлено, что часть замороженного сырья поступала из Ханты-Мансийского автономного округа – Югры. Из товарооборота было изъято около 7 т языка мороженого и 1 т готовой рыбной продукции.

Ретроспективный анализ историй болезни пациентов 1-й группы выявил связь заболевания с употреблением в пищу рыбы семейства карповых, выловленной как в водоемах Челябинской области, так и за ее пределами – в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре, Курганской и Тюменской областях, в Казахстане.

Из 138 пациентов по направлению участковых терапевтов или инфекционистов поликлиник были госпитализированы 117 (из числа наблюдаемых в клинике) с харак-

терной симптоматикой острого описторхоза. У 21 (15%) больного начальный период описторхоза был расценен как заболевания хирургического (острый холецистит, холецистопатит, желчнокаменная болезнь, панкреатит), терапевтического (острый пиелонефрит, гастродуоденит, гастроэнтерит, пневмония) и иного профиля (лихорадка неясного генеза, острая респираторная вирусная инфекция, болезнь Лайма).

Ниже приведены клинические наблюдения, в которых дебют описторхоза скрывался под маской неинфекционных заболеваний.

Клинический случай 1

Больная И., 1977 г. рождения.

Из анамнеза заболевания: считает себя больной с 09.06.2019, когда в течение суток (после употребления алкоголя) появились боли в эпигастральной области опоясывающего характера, тошнота, слабость. Состояние ухудшилось на следующий день: усилилась боль в животе, повысилась температура тела до 38 °С. Бригадой скорой медицинской помощи женщина была доставлена в приемный покой хирургического отделения МАУЗ ОЗП ГКБ № 8, где была госпитализирована с диагнозом «острый панкреатит». В хирургическом отделении отмечено состояние средней степени тяжести, температура тела 38 °С, сознание ясное, кожные покровы физиологичной окраски. Патологических изменений со стороны органов дыхания и кровообращения не выявлено. Живот не вздут, участвует в дыхании, симметричный, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области и в левом подреберье. Синдром Щеткина–Блюмберга отрицательный. Пульсация брюшной аорты ослаблена. Печень не увеличена. Почка не пальпируется, поколачивание безболезненно с двух сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул не нарушен.

При обследовании: электрокардиография (11.06.2019): синусовый ритм с частотой сердечных сокращений 85 в минуту, электрическая систола сердца в норме. Наруше-

ние процессов реполяризации. УЗИ органов брюшной полости (12.06.2019): деформация желчного пузыря, признаки хронического бескаменного холецистита. Фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) от 13.06.2019: дуоденогастральный рефлюкс, хронический гастрит, дуоденит. В общем анализе крови (13.06.2019): эритроциты – $4,1 \times 10^{12}$ кл/л, гемоглобин – 119 г/л, тромбоциты – 161×10^9 кл/л, лейкоциты – $5,0 \times 10^9$ кл/л. В биохимическом анализе крови (11.06.2019): билирубин – 6,3 мкмоль/л, аланинаминотрансфераза (АЛТ) – 53 МЕ/л, аспартатаминотрансфераза (АСТ) – 38 МЕ/л, глюкоза – 6,0 ммоль/л, мочевины – 3,9 ммоль/л, креатинин – 64 ммоль/л, С-реактивный белок – 6 мг/л. Кал на яйца гельминтов (11.06.2019): яйца гельминтов не обнаружены.

Анализ крови (17.06.2019): эритроциты – $4,0 \times 10^{12}$ кл/л, гемоглобин – 132 г/л, тромбоциты – 222×10^9 кл/л, лейкоциты – $6,0 \times 10^9$ кл/л, эозинофилы – 10%, базофилы – 2%, лимфоциты – 41%, моноциты – 14%. Биохимический анализ крови (17.06.2019): билирубин – 30,0 мкмоль/л, щелочная фосфатаза (ЩФ) – 790 МЕ/л, глюкоза – 6,9 ммоль/л. Диастаза мочи – 1169 МЕ/л.

18.06.2019 проведена консультация инфекциониста. Уточнен эпидемиологический анамнез: пациентка указывала на частое употребление в пищу речной рыбы. В связи с данными эпидемиологического анамнеза и анамнеза заболевания (острое начало болезни с повышением температуры тела до $39,5^\circ\text{C}$, появлением диспептических явлений и данных лабораторных исследований – эозинофилия, изменение функциональных проб печени) был заподозрен описторхоз. В ИФА на описторхоз (18.06.2019): обнаружены специфические IgM [коэффициент позитивности (КП) – 46] и специфические IgG (КП 13,7).

На 10-й день болезни (19.06.2019) больная была переведена в инфекционное отделение с клиническим диагнозом «острый описторхоз». В инфекционном отделении, после подготовки в виде десенсибилизирующей и дезинтоксикационной терапии со спазмолитическими средствами, проведена дегельминтизация празиквантелом (Бильтрицид®). Выписана с выздоровлением 24.06.2019.

Клинический случай 2

Больной Д., 1968 г. рождения. Доставлен машиной скорой медицинской помощи в хирургическое отделение МАУЗ ОЗП ГКБ № 8 25.06.2019 с диагнозом «острый холецистит».

Из анамнеза заболевания: считает себя больным с 24.06.2019, когда повысилась температура тела до 38°C , появились боль в правом подреберье, рвота.

Состояние при поступлении средней степени тяжести, температура тела 38°C , сознание ясное. Кожные покровы физиологической окраски, тургор кожи сохранен. Патологических изменений со стороны органов дыхания и кровообращения не обнаружено. Живот участвует в акте дыхания, мягкий при пальпации и умеренно болезненный в правом подреберье. Симптом Щеткина–Блюмберга отрицательный. Пульсация брюшной аорты ослаблена. Печень не увеличена. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Отеков нет. Физиологические отправления в норме.

Лабораторные данные. В общем анализе крови (25.06.2019): лейкоциты – $20,6 \times 10^9$ кл/л, эозинофилы – 48,3%, нейтрофилы – 29,7%, лимфоциты – 15,6%. Биохимический анализ крови (25.06.2019): билирубин – 25,0 мкмоль/л, АЛТ – 104 МЕ/л, АСТ – 32 МЕ/л, ЩФ – 246 МЕ/л, гамма-глутамилтранспептидаза (ГГТП) – 439 МЕ/л. ИФА крови на описторхоз (25.06.2019): IgM (КП 6,59), IgG (КП 6,58). ИФА крови на описторхоз (25.06.2019): IgM (КП 6,59), IgG (КП 6,58).

УЗИ органов брюшной полости (25.06.2019): диффузные изменения поджелудочной железы. ФГДС (26.06.2019): хронический гастрит.

В связи с получением результатов ИФА проведена консультация инфекциониста с уточнением эпидемиологического анамнеза (за 3 нед до заболевания ел вяленого язя, купленного в магазине в Челябинске). С учетом полученных лабораторных и анамнестических данных: острое начало заболевания с повышением температуры тела до 38°C и диспептических явлений, эозинофилия, цитолиз, холестаз; выставлен диагноз «острый описторхоз». Пациент был переведен в инфекционное отделение на 3-й день болезни (26.06.2019), где после десенсибилизирующей и дезинтоксикационной терапии со спазмолитиками была проведена дегельминтизация празиквантелом. Выписан с выздоровлением 02.07.2019.

Из представленных наблюдений следует, что собранный эпидемиологический анамнез позволяет значительно сократить время диагностического поиска, своевременно назначить этиотропную терапию и предупредить формирование хронической формы описторхоза.

Клиническая картина острого описторхоза отличается выраженным полиморфизмом, что нашло отражение в многообразии предложенных клинико-морфологических классификаций этого заболевания. Токсико-аллергический компонент, являясь ведущими в патогенезе острого периода болезни, приводит к формированию генерализованных аллергических реакций с пролиферативно-экссудативным компонентом в коже, слизистых оболочках дыхательных путей и пищеварительного тракта. Известно, что при массивной инвазии у заболевших могут возникнуть поражения желудочно-кишечного тракта в виде эрозивно-язвенного гастродуоденита и аллергического гепатита, миокардит.

Представляем клиническое наблюдение пациента с выраженными признаками поражения желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы – смешанным вариантом течения острого описторхоза (гепатохолангитический с гастроэнтероколитическим вариантом).

Клинический случай 3

Пациент Р., 1978 г. рождения. Заболел 01.06.2019, когда появились сильная боль в эпигастриальной области, рвота, температуры тела поднялась до 40°C . Несмотря на прием жаропонижающих препаратов состояние пациента не улучшилось, в связи с чем была вызвана бригада скорой медицинской помощи. Врач выявил у пациента желтушность склер и транспортировал больного в приемный покой хирургического отделения, где было проведено УЗИ органов

брюшной полости и получено заключение о холестерозе желчного пузыря. Данных за острую хирургическую патологию не обнаружено, анализ крови без патологии (эритроциты – $4,95 \times 10^{12}$ кл/л, гемоглобин – 157 г/л, лейкоциты – $6,6 \times 10^9$ кл/л, лимфоциты – 11,2%, тромбоциты – 90×10^9 кл/л, скорость оседания эритроцитов – 4 мм/ч). Пациент был направлен в поликлинику по месту жительства на хирургический прием для решения вопроса о холецистэктомии, однако показаний для оперативного лечения в поликлинике не выявлено.

Вечером 04.06.2019 у мужчины был подъем температуры тела до 39,5 °С, нарастала слабость и сохранялась боль в животе. Больной Р. вновь был доставлен в приемный покой хирургического отделения, где острая патология органов брюшной полости была исключена. Пациент направлен в приемный покой терапевтического отделения, где при обследовании получены следующие лабораторные данные: АЛТ – 169,60 МЕ/л, АСТ – 80,14 МЕ/л, ГГТП – 472,58 МЕ/мл, ЩФ – 661,66 МЕ/л, билирубин общий – 86,86 мкмоль/л, прямой – 60,89 мкмоль/л, ЛДГ – 655,24 ед./л, креатинин – 98,13 мкмоль/л. В отделении впервые был собран эпидемиологический анамнез, из которого стало известно, что 18.05.2019 он употреблял в пищу речную рыбу семейства карповых.

В терапевтическом отделении состояние больного оценено как средней степени тяжести. Отмечалась субиктеричность кожи и склер. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумов нет. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот при поверхностной пальпации мягкий, чувствительный в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень пальпировалась у края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Асцита нет. Стул оформленный, без патологических примесей. Диурез достаточный.

ФГДС (06.06.2019): просвет желудка хорошо расправляется воздухом. Слизистая неравномерно гиперемирована. В антральном отделе, на большой кривизне, передней и задней стенке определяются 3 острых язвы, каждая в диаметре до 5–7 мм, инфильтративный вал не выражен, дно заполнено некрозом, вытянутой формы; в нижней трети тела желудка на большой кривизне определяются 2 аналогичных язвы, до 5 мм в диаметре каждая. Подслизистые сосуды не видны. Вокруг язв снижена эластичность слизистой, изме-

нен рельеф складок. Перистальтика четко прослеживается средними волнами. Привратник асимметричен из-за рубцовой деформации, свободно проходим. Двенадцатиперстная кишка: просвет луковицы деформирован за счет рубцов. Слизистая неравномерно гиперемирована, на передней стенке поверхностная эрозия с налетом фибрина. Слизистая нисходящих отделов кишки не изменена. Заключение ФГДС: острые язвы желудка, рубцовая деформация привратника и луковицы двенадцатиперстной кишки, выраженный бульбит. ФГДС была повторена 13.06.2019: признаки поверхностного гастрита и бульбита. Язв не найдено. Исследование биопсийного материала: хронический антрум-гастрит низкой степени активности без выявления *H. pylori*, фовеолярная гиперплазия.

26.06.2019 при проведении видеоколоноскопии: признаки поверхностного колита, дискинезия толстой кишки. Исследование биопсийного материала: хронический атрофический колит умеренной степени активности с лимфофоликулярной гиперплазией.

13.06.2019 проведено УЗИ органов брюшной полости: гепатоспленомегалия, диффузные изменения печени, диффузные изменения поджелудочной железы, признаки хронического панкреатита. Структурные изменения почек по типу хронического пиелонефрита.

20.06.2019 выполнено магнитно-резонансное исследование с контрастированием: данных за объемный процесс в органах брюшной полости не получено, имеются признаки диффузных изменений печени и поджелудочной железы, хронического холецистита.

01.07.2019 проведена МР-холангиография: полученные данные могут соответствовать склерозирующему холангиту, данных, свидетельствующих о холедохолитиазе, не получено.

В табл. 3 представлены гематологические показатели пациента Р.

В табл. 4 представлены данные биохимических исследований крови пациента Р. за время нахождения в терапевтическом отделении.

Методом ИФА (24.06.2019) специфические маркеры вирусных гепатитов, ВИЧ, сифилиса не обнаружены. В анализе испражнений (13.06.2019) яйца гельминтов и простейших не выявлены. При постановке ИФА 06.06.2019 специфических антител к антигену описторхий не найдено.

Таблица 3. Результаты исследования клинического анализа крови пациента Р.

Показатель	Динамика результатов исследований			
	01.06.2019	19.06.2019	26.06.2019	01.07.2019
Эритроциты, $\times 10^{12}$ кл/л	4,95	4,21	4,65	4,32
Гемоглобин, г/л	157	144	158	150
Лейкоциты, $\times 10^9$ кл/л	6,6	13,6	13,6	13,0
Палочкоядерные нейтрофилы, %	–	23	2	3
Сегментоядерные нейтрофилы, %	–	34	27	28
Лимфоциты, %	11,2	41	47	50
Моноциты, %	–	5	5	5
Тромбоциты, $\times 10^9$ кл/л	90	410	348	345
Эозинофилы, %	–	17	21	14
Скорость оседания эритроцитов, мм/ч	4	26	3	9

Таблица 4. Изменения в биохимическом анализе крови пациента Р.

Показатель	Динамика результатов исследований			
	04.06.2019	10.06.2019	26.06.2019	01.07.2019
АЛТ, МЕ/л	169,60	175,81	647	519,03
АСТ, МЕ/л	80,14	151,2	255,7	168,7
ЩФ, МЕ/л	661,66	1756,06	1353,5	1305,19
ГГТП, МЕ/мл	472,58	407,47	494,9	510,45
Билирубин общий, мкмоль/л	86,86	212,42	51,5	41,41
Билирубин прямой, мкмоль/л	60,89	169,22	32,8	24,58

Расшифровка аббревиатур дана в тексте.

При повторном исследовании сыворотки крови пациента методом ИФА 03.07.2019 обнаружены антитела к антигену описторхий IgM (КП 4), IgG (КП 1,3).

На 34-й день болезни (04.07.2019) в связи с обнаружением специфических описторхозных антител больной был переведен в инфекционное отделение МАУЗ ОЗП ГКБ № 8 с диагнозом «острый описторхоз, реактивный гепатит высокой степени активности» для лечения.

В инфекционном отделении пациент предъявлял жалобы на слабость и дискомфорт в области правого подреберья. При осмотре состояние больного оценено как удовлетворительное. Кожа физиологичной окраски, склеры субиктеричны. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумов нет. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот правильной формы, не увеличен, при пальпации мягкий, чувствительный в правом подреберье. Симптом раздражения брюшины нет. Печень увеличена, ее размер 11×10×8 см. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон.

Лабораторные данные (05.07.2019). Клинический анализ крови: эритроциты – $4,5 \times 10^{12}$ кл/л, гемоглобин – 141 г/л, лейкоциты – $10,9 \times 10^9$ кл/л, сегментоядерные нейтрофилы – 29%, палочкоядерные нейтрофилы – 12%, лимфоциты – 45%, моноциты – 5%, тромбоциты – 304×10^9 кл/л, эозинофилы – 21%, скорость оседания эритроцитов – 36 мм/ч.

Биохимический анализ крови (05.07.2019): АЛТ – 574 МЕ/л, АСТ – 167 МЕ/л, билирубин общий – 19,8 мкмоль/л, билирубин прямой – 16,2 мкмоль/л, ЩФ – 385 МЕ/л, ГГТП – 353 МЕ/л, глюкоза сыворотки – 4,6 ммоль/л, креатинин – 59 мкмоль/л, мочевины – 4,2 ммоль/л.

В ИФА крови на описторхоз 10.07.2019 обнаружены специфические IgM в титре 1/400 (КП 4,5) и специфические IgG в титре 1/200 (КП 3,0). В кале обнаружены яйца *O. felinus*.

На фоне десенсибилизирующей и дезинтоксикационной терапии со спазмолитиками была проведена дегельминтизация празиквантелом (Бильтрицид®) на 45-й день болезни.

Пациент был выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение врача-инфекциониста КИЗа 17.07.2019.

Из приведенного наблюдения следует, что у пациента Р. не был собран эпидемиологический анамнез врачами скорой медицинской помощи и хирургического отделения ГКБ. Заподозрить острый описторхоз помог бы развернутый общий анализ крови, где можно было обнаружить эозинофилию, однако этот анализ был назначен только через 2 нед после госпитализации в гастроэнтерологическое отделение.

В отделении гастроэнтерологии, несмотря на собранный эпидемиологический анамнез (пациент употреблял в пищу рыбу семейства карповых), настороженности врачей в отношении заболевания описторхозом не было, что привело к длительному обследованию и запоздалой диагностике.

Убедительным методом лабораторной диагностики острого описторхоза до начала выделения яиц гельминта больным является серодиагностика, а чувствительность реакции ИФА в острой фазе заболевания более 95% [6, 7]. Не исключено, конечно, получение ложноотрицательных результатов ИФА, что может быть связано как с иммунологической толерантностью «хозяина», ограниченным поступлением в кровь антигенного материала (следствие просветного паразитирования гельминтов), так и с иммунодефицитным состоянием инвазированного, индуцированным приемом медикаментов (антибиотиков, глюкокортикоидов, других химиопрепаратов) или вследствие сопутствующих хронических заболеваний. Из приведенного наблюдения следует, что при первом исследовании сыворотки крови, проведенном на 6-й день болезни, результат ИФА на описторхоз еще «отрицательный», но повторное исследование, несмотря на наличие характерного эпидемиологического анамнеза и клинико-лабораторных данных, было проведено лишь спустя 1 мес (на 32-й день болезни).

Применение овоскопических методов для верификации описторхоза возможно не ранее 3-й недели с момента инвазии, однако пациенту анализ кала на яйца гельминтов был назначен на 6-й и 13-й дни болезни.

Заключение

Проведенный сравнительный анализ 2 групп пациентов с описторхозом, обратившихся за помощью с 2013 по 2018 г. и в 2019 г. показал, что более чем в 70% случаев пациентами инфекционного стационара МАУЗ ОЗП ГКБ № 8 г. Челябинска становились больные хроническим описторхозом. Вспышка острого описторхоза летом 2019 г. изменила ситуацию. Выявлены проблемы своевременной диагностики острой формы заболевания, что можно объяснить обычно низкой частотой ее регистрации ($28 \pm 1,8\%$) при отсутствии настороженности у медицинских работников. Несмотря на то что существенных клинических отличий острого описторхоза по группам наблюдения не выявлено, обращает на себя внимание факт роста доли тяжелых форм заболевания на современном этапе. Свидетельством тому является увеличе-

ние до 23,4±2,2% численности группы пациентов с выраженным интоксикационным синдромом и значимый удельный вес (15%) случаев, когда дебют описторхоза скрывался под маской неинфекционных заболеваний. Приведенные клинические наблюдения призваны обратить внимание врачей

на необходимость обследования на описторхоз пациентов с признаками поражения органов желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы, особенно если они появились и развились на фоне интоксикационного синдрома.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Ратникова Людмила Ивановна (Lyudmila I. Ratnikova) – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой инфекционных болезней ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск, Российская Федерация

E-mail: inf23@yandex.ru

<https://orcid.org/0000-0001-7373-3334>

Тер-Багдасарян Лариса Викторовна (Larisa V. Ter-Bagdasaryan) – кандидат медицинских наук, доцент кафедры инфекционных болезней ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, Челябинск, Российская Федерация

E-mail: 9193447542@mail.ru

<https://orcid.org/0000-0001-5336-2142>

Беспалова Марина Константиновна (Marina K. Besspalova) – заведующий 4-м инфекционным отделением МАУЗ ОЗП ГКБ № 8, Челябинск, Российская Федерация

E-mail: besspalov-96@mail.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2018 году : Государственный доклад. Москва : Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2019. 254 с.

2. Горячев П.П., Собенина Г.Г., Шаравина Н.П. и др. Материалы к изучению очага описторхоза в пределах города Челябинска // Гельминтозы человека : республиканский сборник научных трудов. Ленинград, 1985. С. 69–71.

3. Собенина Г.Г., Горячев П.П., Шаравина Н.П. и др. К анализу роли антропогенных и биологических факторов в формировании очага описторхоза в бассейне реки Миасс // Актуальные проблемы описторхоза. Томск : Изд-во Томского ун-та, 1986. С. 38–40.

4. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Челябинской области в 2018 году : Государственный доклад. Челябинск : Управление Роспотребнадзора по Челябинской области,

ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Челябинской области», 2019. 283 с.

5. Лучинина С.В. О проведении санитарно-эпидемиологического расследования групповой заболеваемости описторхозом среди жителей г. Челябинска. URL: http://74.rospotrebnadzor.ru/faq/-/asset_publisher/W7cB/content/ (дата обращения: 22.01.2020)

6. Семенов А.И. О заболеваемости описторхозом в г. Челябинске. URL: http://74.rospotrebnadzor.ru/faq/-/asset_publisher/W7cB (дата обращения: 22.01.2020)

7. Актуальные биогельминтозы и протозоозы в Западной Сибири (эпидемиология, биология, диагностика, профилактика) : методические рекомендации. Москва : Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2008.

8. Клинические рекомендации «Описторхоз у взрослых». Некоммерческое партнерство «Национальное научное общество инфекционистов». Москва, 2014. 53 с.

REFERENCES

1. About the sanitary-epidemiological well-being of the population in the Russian Federation in 2018: State report. Moscow: Federal'naya sluzhba po nadzoru v sfere zashchity prav potrebiteley i blagopoluchiya cheloveka, 2019: 254 p. (in Russian)

2. Goryachev P.P., Sobenina G.G., Sharavina N.P., et al. Materials for the study of the focus of opisthorchiasis within the city of Chelyabinsk. In: Helminthiases of Man. Leningrad, 1985: 69–71. (in Russian)

3. Sobenina G.G., Goryachev P.P., Sharavina N.P., et al. To the analysis of the role of anthropic and biological factors in the formation of a source of opisthorchiasis in the Miass river basin. In: Actual Problems of opisthorchiasis. Tomsk, 1986: 38–40. (in Russian)

4. About the sanitary-epidemiological well-being of the population in the Chelyabinsk region: State report. Upravleniye Rosпотrebnadzora po Chelyabinskoy oblasti, FBUZ «Tsentr gıgıyeny i epidemıologıy v Chelyabinskoy oblasti», 2019: 283 p. (in Russian)

5. Luchinina S.V. About carrying out sanitary and epidemiological investigation of group incidence of opisthorchiasis among residents of Chelyabinsk. URL: http://74.rospotrebnadzor.ru/faq/-/asset_publisher/W7cB/content/ (date of access: January 22, 2020)

6. Semenov A.I. About the incidence of opisthorchiasis in Chelyabinsk. URL: http://74.rospotrebnadzor.ru/faq/-/asset_publisher/W7cB (date of access January 22, 2020)

7. Actual biogelmintozy and protozoosy in Western Siberia (epidemiology, biology, diagnosis, prevention). Methodological recommendations. Moscow: Federal'naya sluzhba po nadzoru v sfere zashchity prav potrebiteley i blagopoluchiya cheloveka, 2008 (in Russian)

8. Clinical recommendations «Opisthorchiasis in adults». Nekommercheskoye partnerstvo «Natsional'noye nauchnoye obshchestvo infektsionistov», 2014: 53 p. (in Russian)