



DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-178-6-186-189

УДК: 616.98:579.876–036.11–07

Острая фаза описторхоза и ее отсроченная диагностика

Макарова Н. А.¹, Меркулова С. А.², Михайлова Д. С.²

¹ Федеральное государственное бюджетное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России (454092, Российская Федерация, Челябинская область, г. Челябинск, улица Воровского, 64)

² Муниципальное автономное учреждение здравоохранения Ордена Трудового Красного Знамени городская клиническая больница № 1 (Челябинск, Россия)

Acute phase of opisthorchiasis and its delayed diagnosis

N. A. Makarova¹, S. A. Merkulova², D. S. Mihaylova²

¹ Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "South-Ural State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation (Russia, 454092, Chelyabinsk, Vorovskogo, 64)

² Municipal Autonomous health care institution Order of the Red Banner of labor city clinical hospital N. 1 (Chelyabinsk, Russia)

Для цитирования: Макарова Н. А., Меркулова С. А., Михайлова Д. С. Острая фаза описторхоза и ее отсроченная диагностика. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2020;178(6): 186–189. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-178-6-186-189

For citation: Makarova N. A., Merkulova S. A., Mihaylova D. S. Acute phase of opisthorchiasis and its delayed diagnosis. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2020;178(6): 186–189. (In Russ.) DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-178-6-186-189

✉ *Corresponding author:*

Макарова

Надежда Александровна

Nadezhda A. Makarova

makarova.nadezhdachel@mail.ru

Макарова Надежда Александровна, д.м.н., профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней

Меркулова Светлана Анатольевна, заведующая гастроэнтерологическим отделением

Михайлова Дарья Сергеевна, врач гастроэнтерологического отделения

Nadezhda A. Makarova, Doctor of Medicine, Professor of the Department of propaedeutics of internal diseases

Svetlana A. Merkulova, Head of the Department of Gastroenterology

Dar'ya S. Mihaylova, gastroenterological department doctor

Резюме

В статье приведен случай острого описторхоза, характеризующийся клиникой поражения гепатобилиарной системы, верхних отделов желудочно-кишечного тракта и токсической тромбоцитопенией. Дана оценка комплексу диагностических мероприятий. Выделены симптомы, определяющие дифференциальный поиск в условиях уязвимости методов специфической диагностики.

Ключевые слова: описторхоз, острая фаза, диагностика

Summary

A case of acute opisthorchiasis that characterised by clinic of hepatobiliary system, upper section of gastrointestinal tract damage and toxic thrombocytopenia, is presented in this article. The complex of diagnostic methods is evaluated. Symptoms that determine differential search in conditions of specific diagnostic methods' vulnerability are selected.

Keywords: opisthorchiasis, acute phase, diagnosis

Введение

Сохранение на территории России многочисленных природных очагов пищевых паразитов человека, недостаточный уровень санитарно-гигиенических навыков у населения, а также существование стихийных точек продажи продуктов питания обеспечивает стабильно высокую распространенность гельминтозов. Ведущее место в структуре данной патологии занимает описторхоз (свыше 74%), регистрируемый ежегодно у 35 тысяч человек [1]. Но не только этим определяется практическая значимость проблемы описторхоза. Получены неоспоримые доказательства наличия у его возбудителя больших канцерогенных способностей [2]. Заслуживают внимания и ближайшие негативные последствия инфекции – развитие тяжелых хирургических осложнений (перфорация желчных протоков, образование абсцессов печени, панкреонекроз и т.д.) до 25% случаев [3]. Еще одним важным аспектом проблемы является иммуносупрессивное свойство гельминта, обуславливающее длительное паразитирование его в организме человека, возможность повторного заражения и присоединения бактериальной инфекции, усугубляющей текущее хроническое воспаление стенок желчных и панкреатических протоков, желчного пузыря и функциональные расстройства желудка и 12-перстной кишки [3, 4].

Следует отметить, что далеко не всегда клиницист имеет дело с хронической стадией описторхоза, которой свойственны полиморфность и неспецифичность симптоматики. В терапевтическом стационаре может оказаться больной с острой фазой заболевания, поэтому напомним ее клинические варианты:

- гепатохолангитический – выраженный интоксикационный синдром, признаки диффузного поражения печени, абдоминальные боли тупого характера, иногда печеночная колика, в тяжелых случаях клиника острого панкреатита;
- гастроэнтероколитический – менее выраженные повышение температуры и признаки интоксикации, симптомокомплекс эрозивного гастрита, язвы желудка и 12-перстной кишки, энтероколита [5, 6, 7];
- с преимущественным поражением дыхательных путей – маловыраженные катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей, боли в грудной клетке, кашель, одышка, летучие инфильтраты в легких [5];
- тифоподобный – лихорадка с ознобом, признаки интоксикации, кожные высыпания, миалгии, артралгии, диспепсические расстройства [5, 6];
- бессимптомный – кратковременный субфебрилитет [3].

Специфические лабораторные методы исследования могут на ранних сроках заболевания не проявлять высокой чувствительности [8]. Существует также риск ложноположительных результатов [1, 3].

Следовательно, начальная дифференциальная диагностика описторхоза должна опираться не только на знания клинициста в области смежных специальностей, но и логику врачебного мышления.

Цель работы – анализ случая с отсроченной диагностикой острого описторхоза.

Приводим историю болезни больного из гастроэнтерологического отделения, где он находился в течении одного месяца.

Больной Р., 40 лет обратился 4.06.2019 г. с жалобами на выраженные распирающие боли в эпигастрии и правом подреберье, тошноту, снижение аппетита, общую слабость, потемнение мочи, ежедневную лихорадку до 40 °С с ознобом. Заболел остро за 4 дня до обращения. Накануне заболевания, а также за две недели до этого употреблял речную рыбу семейства карповых в тушеном и жареном виде. Болевой абдоминальный синдром, а затем и лихорадка с ознобом возникли после погрешностей в питании. Самостоятельно принимал жаропонижающие препараты и спазмолитики без положительного эффекта. На следующие сутки от начала заболевания вызывал СМП. Врач обратил внимание на субиктеричность склер. С подозрением на острый холецистит дважды доставлялся в п/покой хирургии, где данных за хирургическую патологию не выявлено.

При сборе анамнеза выяснено, что в 2007 г. были обнаружены антитела к HGV, полимеразная цепная реакция (ПЦР) не проводилась. Привит от HBV-инфекции. У инфекциониста не наблюдался. Ежегодно проходил профосмотры, при этом отклонения в физикальных данных и лабораторных показателях не регистрировались. Страдает мочекаменной болезнью. Алкоголь употребляет один раз в две недели (до 200 мл водки). Курит 20 лет (½ пачки сигарет в сутки). Работа связана с командировками.

Объективно: общее состояние средней тяжести. ИМТ 23,9 кг/м². Температура 36,6 °С. Субиктеричность кожи и склер. Высыпаний на коже нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Со стороны органов дыхания патологии не выявлено. Тахикардия до 96 уд/мин. Артериальное давление в пределах нормы. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и правом подреберье. Печень и селезенка не пальпируются. Стул оформленный, 1 раз в сутки, без патологических примесей.

Гемограмма на момент поступления – тромбоцитопения до $97 \times 10^9/\text{л}$, другие показатели в пределах нормы. Общий анализ мочи – следы белка, кетоновые тела. Изменения биохимических показателей представлены в таблице 1. Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости: диффузные изменения печени, поджелудочной железы, признаки хронического холецистита, полипы желчного пузыря размерами до 10 мм.

На основании полученных результатов выставлен диагноз: Острый гепатит неуточненной этиологии, минимальной степени активности, синдром холестаза. Хронический бескаменный холецистит, обострение. Полипы желчного пузыря. Описторхоз?

Назначены дезинтоксикационные средства, ингибиторы протонной помпы, спазмолитики, адсорбенты, ферменты, гепатопротекторы,

Таблица 1.
Динамика основных биохимических показателей

Примечание:
С-РБ – С-реактивный белок; АлАТ – аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза; ЩФ – щелочная фосфатаза, ГГТП – гамма-глутамил-транспептидаза

Дни наблюдения	С-РБ, мг/л	Общий билирубин, мкмоль/л	Прямой билирубин, мкмоль/л	АЛТ, ед/л	АСТ, ед/л	ЩФ, ед/л	ГГТП, ед/л
4.06.2019	–	86,9	60,9	169,6	80,1	661,7	472,6
5.06.2019	35,0	101,9	60,9	174,6	92,9	738,9	366,1
7.06.2019	21,0	212,4	169,2	175,8	151,2	1756,1	407,5
18.06.2019	6,1	105,8	57,6	395,4	190,9	1524,9	747,7
25.06.2019	–	51,5	32,8	647,0	255,7	1353,5	494,9
28.06.2019	–	41,4	24,6	519,0	168,7	1305,2	510,5

антибактериальные средства, фолиевая кислота, препараты урсодезоксихолевой кислоты.

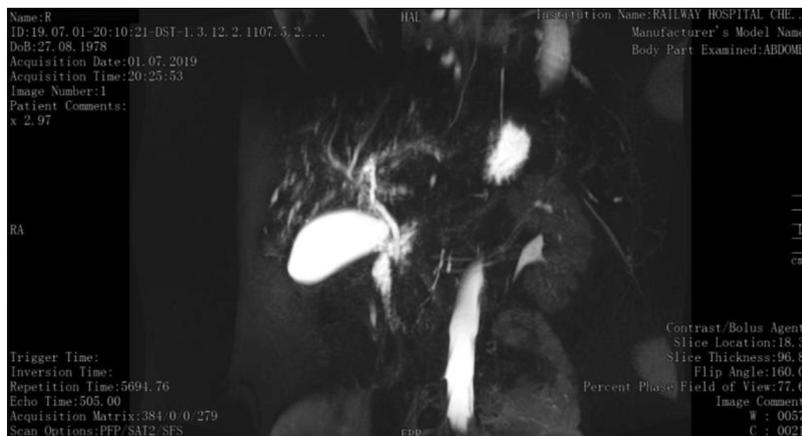
Осмотрен гематологом, заключение – пограничная тромбоцитопения токсического генеза. Проведена консультация инфекциониста – исключить острый описторхоз. Рекомендованы трехкратная копроовоскопия с интервалом в 1–2 дня, иммуноферментный анализ (ИФА) на описторхоз и гемограмма в динамике. Однако указанные рекомендации выполнены не в полном объеме. Кoproовоскопия (КОС) методом Като-Миура с интервалом в неделю (на 6-е и 13-е сутки болезни) и ИФА (на 13-е сутки болезни) дали отрицательные результаты.

Параллельно были исследованы маркеры HBV и HCV-инфекции (не обнаружены), проводились рентгенография грудной клетки (без патологии) и фиброгастроуденоскопия (множественные острые язвы желудка, выраженный бульбит). Повторная гемограмма получена через 13 дней от предыдущей. В ней имели место лейкоцитоз

до $13,6 \times 10^9$ /л, эозинофилия до 17% и повышение СОЭ до 26 мм/час. Температура тела нормализовалась. Сохранялся умеренный болевой синдром. Несмотря на усиление патогенетической терапии (с 10.06.2019 г.) системными глюкокортикостероидами заметной положительной биохимической динамики не наблюдалось (таблица 1).

Дальнейший диагностический поиск был направлен на исключение хронических заболеваний печени (вирусной, аутоиммунной природы), в том числе формирующегося цирроза печени, злокачественного новообразования или холедохолитиаза как причины внепеченочного холестаза. При УЗИ в динамике выявлены гепатоспленомегалия и признаки портальной гипертензии, не нашедшие своего подтверждения по результатам последующей мультиспиральной компьютерной томографии с использованием болюсного многофазного контрастного усиления. На томограммах определялась неоднородность структуры печени за счет единичных мелких кист. Камней

Рисунок 1.
МР-панкреатохолангиограммы больного Р. А – в горизонтальной плоскости: небольшое расширение и неровность контуров внутрипеченочных протоков; Б – во фронтальной плоскости: неравномерное сужение левого долевого и общих печеночных протоков (правый печеночный проток диаметром 3 мм, левый – 1,8 мм, общий печеночный проток – 3 мм)



в желчном пузыре и расширения желчных путей не найдено. Наряду с указанными методами проведены фиброколоноскопия, УЗИ предстательной железы, исследованы а-фетопроtein и общий простатоспецифический антиген, СА-19-9, белок Бенс-Джонса, антинейтрофильные цитоплазматические антитела (Ig G). При этом все показатели не отклонялись от нормы. Больному выполнена

МР-панкреатохолангиография 1.07.2019 г., где выявлен склерозирующий холангит (рисунок 1).

Стойкая эозинофилия и лейкоцитоз (от 25.06.2019 г. – 21% и $13,6 \times 10^9/\text{л}$, соответственно) послужили поводом для повторной консультации инфекциониста. После обнаружения антител Ig G и М к антигенам описторхиса больной переведен в инфекционное отделение.

Заключение

Несвоевременная диагностика острого описторхоза (на 32-е сутки) с выраженными клиническими проявлениями в условиях стационара обостряет системные недочеты в оказании медицинской помощи.

В первую очередь, к ним относится несоблюдение методологии КОС, проявляющееся в использовании только одного из паразитологических методов исследования кала вместе с отсутствием у клиницистов представления о причинах многократности данного исследования на различных сроках болезни, а также способности к критической оценке полученных результатов. К этому следует добавить невнимательное отношение к гематологическим изменениям, как одному из наиболее характерных признаков болезни.

Однако имеются и объективные обстоятельства. Они вызваны несовершенством базовой

диагностики острой фазы описторхоза, что явилось причиной избыточного увлечения современными методами, а не отработанность алгоритма действий при остром холангиогепатите привела к чрезмерному расширению объема исследований, тем самым увеличению временного интервала поиска.

Одной из причин проявления несовершенства базовых методов могла стать ранняя стадия болезни (откладка яиц половозрелым описторхисом через 4–12 недели после заражения), цикличность яйцепродукции гельминтов, а также неравномерность распределения их по содержимому толстой кишки и обструкция желчных путей гельминтами [8].

Рассмотренный клинический случай наглядно демонстрирует ограниченные возможности существующей патогенетической терапии в отношении регресса описторхозного холангита.

Литература | References

1. Старостина О.Ю., Панюшкина И.И. Сравнительная характеристика методов лабораторной диагностики описторхоза // Клиническая лабораторная диагностика. – 2014. – № 4. – С. 44–46.
2. Bouvard V., Baan R., Straif K., et al. A review of human carcinogens – Part B: biological agents. *Lancet Oncol.* 2009, Vol. 10 (4), pp. 321–323.
3. Афтаева Л. Н., Мельников В. Л., Никольская М. В. Описторхоз в аспекте тяжелых осложнений // Известия высших учебных заведений. Приволжский регион. – 2018. – № 4 (48). – С. 160–172. – (Серия «Медицинские науки»).
4. Кривошеев А. Б., Хван Л. А. Хронический описторхоз и билиарная дисфункция // Поликлиника. – 2017. – № 3. – С. 28–30.
5. Плотникова Е. Ю., Баранова Е. Н. Проблемы лечения описторхозной инвазии // Русский медицинский журнал. – 2018. – № 3. – С. 53–56.
6. Топчиева З. С., Топчиева Д. О., Горшенева Е. Б. Описторхоз. Клинический случай в практике врача-терапевта // Вестник ТГУ. 2017. – Т. 22, вып. 2. – С. 261–263.
7. Заславская А. А., Ершова И. Б., Абилова Е. И., Лохматова И. А. Топ самых опасных пищевых паразитов // Актуальная инфектология. – 2016. – № 1. – С. 85–92.
8. Байкова О. А., Николаева Н. Н., Грищенко Е. Г., Николаева Л. В. Трематоды печени – описторхоз и клонорхоз: актуальность проблемы и принципы диагностики в современной клинической практике // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2016. – Том 1, № 6 (112). – С. 182–190.