

Н.И. Тумольская,
д.м.н., профессор, врач-инфекционист Клинико-
диагностического центра Первого МГМУ
им. И.М. Сеченова

N.I. Tumolskaya,
MD, prof., infectious diseases doctor of the Clinical
and diagnostic centre of the First MSMU named
after I.M. Sechenov

СЛУЧАЙ ОПИСТОРХОЗА ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ

THE CASE OF HEAVY COURSE OF OPISTHORCHIASIS

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Нелли Игнатьевна Тумольская, врач-инфекционист Клинико-диагностического центра

Адрес: 119435, г. Москва, ул. М. Пироговская, д. 20

Телефон: 8 (495) 246–26–96

E-mail: dtumolskaya@mail.ru

Статья принята к печати: 10.12.2012

Аннотация. В настоящем исследовании рассматривается случай 43-летнего пациента мужского пола, живущего в эндемичном для описторхоза районе. У пациента наблюдалась спленэктомия после травматического разрыва селезенки 32 года назад. Среди клинических симптомов были следующие: лихорадка, гепатомегалия, лейкоцитоз, гиперэозинофилия. Серологические тесты с паразитическими инфекциями показали отрицательный результат. УЗИ брюшной полости и КТ выявили наличие печеночной паренхимы (2–3 см), диагноз «метастаз». Диагностическая лапаротомия, биопсия и морфологическое изучение показало, что холангиогепатит, эозинофилия и постепенное развитие некроза печеночной паренхимы. Диагноз «описторхоз» был установлен 2 месяца ранее после серологического теста с антигеном *O. felinus*. Клинический диагноз был установлен: «суперинвазивный описторхоз». Особенности курса протекания тяжелого заболевания были рассмотрены с точки зрения трудности установления точного диагноза.

Annotation. The present study reports one case 43-year-old male patient, living in an opisthorchiasis endemic area. The patient had splenectomy after traumatic rupture of spleen 32 years ago. The clinical symptoms were fever, hepatomegaly, hyperleucocytosis, hypereosinophilia. The serological tests with parasitic and infectious diseases were negative. Abdominal ultrasound and CT revealed 2–3 cm focuses in hepatic parenchyma, diagnosed as metastatics. Diagnostic laparotomy, biopsy and morphology investigation revealed cholangiohepatitis, eosinophilia and step by step necrosis of hepatic parenchyma. The diagnosis of opisthorchiasis was established 2 month later by serological test with antigen *O. felinus*. Clinical diagnosis was superinvasive opisthorchiasis. The recovery after treatment with biltricide. The causes of peculiarity and seriously course of disease and difficulty of diagnosis was discussed.

Ключевые слова. Описторхоз, паразитология, клинический диагноз.

Key words. Opisthorchiasis, parasitology, clinical diagnosis.

Описторхоз (шифр по МКБ 10 – B66.0) — паразитарное заболевание хронического течения, вызываемое паразитированием половозрелой формы трематоды *Opisthorchis felinus* и характеризующееся поражением желчевыводительной системы и протоков поджелудочной железы, морфологической основой которого является катаральное, продуктивное или гнойное воспаление.

Описторхоз — одно из наиболее распространенных паразитарных заболеваний человека в России. Очаги описторхоза в России имеются на территории Обь-Иртышского бассейна, в бассейне рек Волги, Камы, Урала, Дона, Северной Двины, Днепра и других [1–5].

В ранней стадии описторхоз протекает как острое инфекционно-аллергическое заболевание, сопровождаясь поражением печени аллергической природы [6–9]. В хронической стадии инвазия протекает с выраженными в различной степени симптомами поражения преимущественно гепатобилиарной системы [6, 10, 11]. В эндемичных очагах описторхоза население вследствие повторных заражений нередко страдает суперинвазивной формой инвазии, характеризующейся более тяжелым течением и более выраженными морфологическими изменениями печени [12–14].

В настоящем сообщении приводим наблюдение больного описторхозом тяжелого течения.

Больной Б.В. 46 лет, постоянно проживает в Усть-Каменогорске. Заболел остро среди полного здоровья: 22.09.11 г. поднялась температура до 40°C, озноб, боли в правом подреберье. Госпитализирован в инфекционное отделение, где диагноз инфекционного заболевания был снят, переведен в терапевтическое отделение для дальнейшего обследования.

Эпиданамнез больного: постоянно проживает в Усть-Каменогорске, регулярно употребляет речную рыбу в вареном, жареном, слабосоленом, вяленом виде. В 2005 г. посещал Танзанию, 2 года назад выезжал в командировки Аргентину, Венесуэлу, Монголию. Животных в доме не имеет, охотой не занимается.

При поступлении состояние средней тяжести, лихорадит до 39°C. Со стороны внутренних органов при осмотре патологии не выявлено. В крови: лейкоцитоз до $10,5 \times 10^9/\text{л}$. Эоз. 22 — 60%. Результаты ИФА с антигенами *O. felineus*, *L. intestinalis*, *E. granulosus*, *T. spiralis* — отриц. с АГ. *Ascaris lumbricoides* — положительны в титре 1:800. Серологические реакции на бруцеллез, брюшной тиф, листериоз, лептоспироз — отриц. Бактериологическое исследование фекалий на дизентерию, тифопара-тифозную группу — отриц. Посев крови на стерильность (повторно) — роста нет. Миелограмма: число эозинофилов различной степени зрелости с преимуществом зрелых клеток 44%. Маркеры гепатита, ВИЧ — отриц. Туберкулез исключен. При СКТ органов грудной клетки и брюшной полости: небольшой гидроторакс справа, следы жидкости в левой плевральной полости; гепатомегалия, портальная гипертензия, лимфаденопатия воротных параортальных, мезентериальных лимфоузлов, очаговые изменения в паренхиме печени, расцененные как метастазы. Переведен в хирургическое отделение, где больному выполнена диагностическая лапаротомия.

При ревизии брюшной полости на капсуле S 4 печени обнаружен плотный узел до 2–3 мм, спаечный процесс между печенью и диафрагмой, в левом подреберье остатки селезенки (спленэктомия в детстве по поводу разрыва селезенки); при пальпации в толще паренхимы печени пальпируются плотные узлы до 2–3 см, увеличение лимфатических узлов — мезентериальных, параортальных, ворот печени. Биопсия (печень, лимфатический узел).

При гистологическом исследовании: фолликулярная реактивная гиперплазия лимфатических узлов. В печени картина холангита и холангиогепатита с выраженной эозинофильной инфильтрацией, ступенчатые некрозы гепатоцитов, формирующийся фиброз портальных трактов. Состояние больного оставалось тяжелым, высоко лихорадил. Выписан по собственному желанию, выехал в Москву, где самостоятельно обратился в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского

При поступлении состояние средней тяжести, температура 37,6°C, резкая слабость, болезненность при пальпации области правого подреберья. Кожные покровы обычной окраски, моча светлая. Периодически отмечались подъемы температуры до 40°C. В крови: лейкоцитоз $13 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилия 42%, СОЭ 30 мм/час. Ферменты печени, онкомаркеры АФП, СА19–9, РЭА — в пределах нормы. Маркеры ВГВ и ВГСВ отриц. При УЗИ органов брюшной полости: гепатомегалия, диффузные изменения паренхимы печени и поджелудочной железы, увеличенные мезентериальные лимфоузлы до 1,7 см. РКТГ органов брюшной полости: гепатомегалия до $21 \times 13 \times 15$ см. В S 6 участок фиброза $3,1 \times 2,7$ см без четких контуров (вероятно после абсцедирования), мелкая киста печени, косвенные признаки портальной гипертензии, лимфатические узлы в воротах печени до 1,5 см.

Обсуждались диагнозы лимфопролиферативного, системного заболеваний. Однако, учитывая эпиданамнез, клиническую картину заболевания, морфологическую картину поражения печени, больной повторно обследован на описторхоз: исследование фекалий после нагрузки желчегонными и ИФА с антигеном описторхисов. Реакция ИФА положительна: + (42 АЕ). Установлен диагноз: Описторхоз, подострая стадия. Для лечения переведен в ГКБ им. С.П. Боткина, где было проведено лечение билтрицидом по схеме. Выписан в удовлетворительном состоянии.

Через 2 месяца состояние больного вполне удовлетворительное, при исследовании фекалий — яйца описторхисов не обнаружены. Рекомендовано контрольное обследование через 4–6 месяцев.

В данном наблюдении у больного, постоянно проживающего в очаге описторхоза и регулярно употреблявшего речную рыбу, развилась картина острого заболевания, характеризующегося длительной (до 2-х месяцев лихорадкой), гиперэозинофильным лейкоцитозом, гепатомегалией, значительными структурными изменениями печени.

Особенностью данного наблюдения является наличие опухолевидных образований в печени, выявляемых при СКТ органов брюшной полости и определяемых пальпаторно при оперативной ревизии брюшной полости. Данные образования были расценены как метастазы опухоли неясной первичной локализации. При морфологическом исследовании биопсированных измененных участков печени выявлена картина холангиогепатита с эозинофильной инфильтрацией, ступенчатые некрозы паренхимы печени, пролиферация ретикулэндотелиальной системы, т.е. изменения характерные для острой стадии описторхоза. Дальнейшие наблюдения установили инволюцию морфологических изменений с формированием очагов фиброза, единичных мелких кист печени.

В данном наблюдении, учитывая постоянное проживание больного в очаге инвазии, регулярное употребление речной рыбы, нельзя исключить возможность суперинвазии. В пользу этого предположения свидетельствует острота и тяжесть клинической картины заболевания, выраженность морфологических изменений (крупные очаги инфильтративно-некротических изменений паренхимы печени, формирующийся фиброз порталных полей, очаговый фиброз паренхимы печени размерами до 3 см — очаг организованного некроза).

Таким образом, в данном случае наряду с морфологическими проявлениями раннего описторхоза имеются морфологические признаки хронического процесса. Эти характеристики заболевания не соответствуют клинико-морфологическим проявлениям первичного острого описторхоза. Имелись серьезные диагностические трудности, обусловленные тяжестью клинической картины, выраженностью структурных изменений в печени, РЭС, определяемых при инструментальном и морфологическом исследованиях а также отсутствием яиц возбудителя в фекалиях и отрицательной ИФА с описторхозным антигеном в первые 2 месяца заболевания. Помимо вероятных технических погрешностей лабораторных исследований, в данном наблюдении следует учитывать также возможность особенностей иммунного ответа на инвазию. При отсутствии выявляемого специфического антительного ответа не исключается вероятность наличие циркулирующего антигена или иммунных комплексов, которые не определялись у больного. Противоописторхозные антитела в достаточно высоком титре появились больного после стихания острых проявлений заболевания, его перехода в подострую стадию. Нельзя исключить также возможность особенностей иммунного ответа на инвазию у больного со спленэктомией. (спленэктомия проведена в подростковом возрасте).

Данное наблюдение указывает на необходимость тщательного обследования больных при подозрении на паразитарную инвазию и необходимость расширения спектра диагностических тестов.

Список литературы

1. Безр С.А., Лысенко А.Я. Паразитологический профиль России: один из возможных путей оценки // Региональные проблемы и управление здоровьем населения России (выпуск второй). — М.: АЕН РФ, 1996.
2. Лысенко А.Я., Безр С.А. Паразитарные болезни в России (региональный аспект проблемы) // Региональные проблемы здоровья населения России. — М.: АЕН РФ, 1993.
3. Описторхоз: теория и практика / Под ред. Сергиева В.П. и Безра С.А. — М., 1989.
4. Павлюков И.А., Мефодьев В.В., Шелиханова Р.М. Паразитарные заболевания (описторхоз, дифиллоботриоз, тениаринхоз, эхино-альвеококкоз, трихинеллез) в северо-восточном регионе Тюменской области: районирование, прогноз // Тезисы докладов областной посвященной 70-летию санитарно-эпидемиологической службы. — Тюмень, 1992.
5. Сергиев В.П., Акимов Р.Ф., Романенко Н.А., Фролова А.А. Распространенность дифиллоботриоза и описторхоза в России в 1992 г. // Здоровье населения и среда обитания: ежемесячный информационный бюллетень РРИАЦ. — 1993. — № 4.
6. Бычков В.Г. Клинико-анатомическая классификация описторхоза // Сов. мед. — 1983. — № 8. — С. 31–35.
7. Мельников В.И., Скарёнов Н.И. Клиника острого описторхоза у пришлого населения Обского Севера // Мед. параз. и параз. бол. — 1979. — № 5. — С. 12–16.
8. Tappe D. and Triefenbach R. Histopathological diagnosis of opisthorchiasis in an immigrant // Am. J. Trop. Med. Hyg. — 2010. — Vol. 83(4). — P. 734–735.
9. Traverso A., Repetto E., Magnani S. et al. // Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis. — 2012. — Vol. 31(6). — P. 1089–1093.
10. Плотников Н.Н. Описторхозы // Многоотомное руководство по микробиологии, клинике и эпидемиологии инфекционных болезней. — Т. IX. — М., 1968. — С. 408–416.
11. Lim J.H. // Korean J. Radiol. — 2011. — Vol. 12(3). — P. 269–279.
12. Бычков В.Г., Соловьева О.Г., Кадиева Е.Д., Иванова Л.А. и др. Морфогенез и структурные изменения внутренних органов при суперинвазионном описторхозе // Morfologia. — 2011. — Vol. 140(5). — P. 22–27.
13. Малышева Л.Г. Морфогенез печени при суперинвазионном описторхозе, экспериментальное исследование // Авт. дис... канд. мед. наук. — Новосибирск, 1986. — 19 с.
14. Соловьева О.Г., Беляева М.И., Кадиева Е.Д. и др. // Мед. параз. и параз. бол. — 2011. — № 3. — С. 21–25.