

ВСПЫШКА ОСТРОГО ОПИСТОРХОЗА В КРАСНОЯРСКЕ В ИЮНЕ 2016 ГОДА

Сергеева И.В.

*ФБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения России, Красноярск, e-mail: rector@krasgmu.ru*

Проблема описторхоза является социально значимой для Красноярского края. Ежегодно регистрируются десятки тысяч случаев этой инвазии с отсутствием тенденции к снижению заболеваемости. Медицинская проблема описторхоза связана с его значительной распространенностью, высоким процентом хронизации, возможностью развития желчнокаменной болезни, рака печени, что связано с мутагенным эффектом возбудителя, способностью индуцировать пролиферацию протокового эпителия и овальных клеток. В статье представлена эпидемиологическая ситуация по описторхозу в г. Красноярске и современные особенности течения данной инвазии в 2016 году. Особенности описторхозной инвазии было: преобладание острой формы и наличие симптомов интоксикации с выраженной эозинофилией крови. Имея информацию об эпидемиологической обстановке по описторхозу, позволит врачам поликлинической службы в более короткие сроки поставить правильный диагноз – острый описторхоз.

Ключевые слова: описторхоз, эпидемиологическая ситуация, заболеваемость, диагностика.

OUTBREAK OF ACUTE OPISTHORCHIASIS IN KRASNOYARSK IN JUNE 2016

Sergeeva I.V.

Krasnoyarsk State Medical University. V.F. Voyno-Yasenetsky, Krasnoyarsk, e-mail: rector@krasgmu.ru

Opisthorchiasis problem is socially important for the Krasnoyarsk Territory. Each year tens of thousands of cases of this invasion with no tendency to decrease morbidity. Opisthorchiasis medical problems related to its high prevalence, a high percentage of chronic, the possibility of the development of gallstones, liver cancer, which is associated with a mutagenic effect of the pathogen, the ability to induce proliferation of ductal epithelium and oval cells. The article presents the epidemiological situation of Opisthorchiasis in Krasnoyarsk and modern features of the course of the invasion in 2016. Features opisthorchosis were: prevalence of acute form and the presence of symptoms of intoxication with pronounced eosinophilia. Having information on the epidemiological situation for Opisthorchiasis, will allow doctors to outpatient services in a shorter time a correct diagnosis – acute opistorhoz.

Keywords: opistorhoz, the epidemiological situation, disease, diagnosis.

Паразитарные болезни сохраняют ведущие положение в структуре заболеваемости населения РФ среди всего комплекса инфекционных и паразитарных болезней (за исключением ОРВИ), и ежегодно учитывается около одного миллиона больных паразитарными болезнями [7]. Из 1416 известных инфекционных болезней 353 приходится на гельминты, из которых более 30 распространены в России [6]. По оценкам специалистов, количество больных паразитогами в России превышает 20 млн человек и имеет тенденцию к увеличению [5].

Описторхоз является самым распространенным гельминтозом, передающихся через зараженную рыбу [1]. Ежегодно в России регистрируют более 40 тыс. больных описторхозом среди населения практически во всех субъектах Российской Федерации [2]. Описторхоз распространен в бассейне реки Неман, в Западной Европе. В России самым крупным природным очагом описторхоза считается Обь-Иртышский бассейн, затем бассейн Днепра, третьим очагом считается Пермская область и Волго-Камский район, причем на большей

части ареала Обь-Иртышского бассейна циркуляция возбудителя носит изначально эпизоотический характер, о чем свидетельствуют высокая зараженность населения (до 95 %) и непрерывный характер нозоареала описторхоза в этом регионе [4].

Впервые *O. felineus* обнаружен итальянским ученым Rivolta в 1884 г. в печени кошек и назван «кошачьим сосальщиком». У человека этот паразит, названный «сибирской двуусткой», обнаружен в 1891 г. профессором Томского университета К.Н. Виноградовым [5].

Описторхисы относятся к классу трематод, семейству Opisthorchidae. *O. felineus* – плоский гельминт ланцетовидной формы, длиной 4–20 мм и шириной 1–4 мм. Яйца описторхисов с уже сформированными личинками выделяются с фекалиями во внешнюю среду, и дальнейшее развитие происходит в пресноводных водоемах, где обитает промежуточный хозяин описторхисов – пресноводные моллюски *Codiellainflata* и *Codiellatroscheli*. Моллюск с пищей заглатывает яйцо, из которого выходят мирацидии, превращающиеся в спороцисту, редию и хвостатую личинку – церкария. Церкарий покидает тело моллюска, выходит в водоем и в силу хемо- и фототаксиса прикрепляется к телу своего дополнительного хозяина – рыбы семейства карповых. К семейству карповых относится 23 вида рыб (язь, лещ, карп, чебак, елец, линь, красноперка, сазан, пескарь и другие). Самое сильное заражение отмечается у язя. Затем по убывающей – елец, линь, красноперка, плотва, лещ и другие. Карп и сазан не заражаются метацеркариями описторхид, что связано с их некоторыми биохимическими особенностями [4,8]. Проникшие в мышечную и соединительную ткань рыбы церкарии инцистируются и превращаются в метацеркарий. Метацеркарии достигают инвазионной стадии через 6 недель. В организм окончательного хозяина – человека и животных – метацеркарии попадают при употреблении в пищу инвазированной необезвреженной рыбы. Круг дефинитивных хозяев паразита насчитывает 34 вида рыбоядных млекопитающих (кошка, собака, свинья, лисица, волк, корсак, песец, бурый медведь, россомаха, хорь, бобр и другие). В желудке окончательного хозяина происходит переваривание наружной капсулы, а под действием дуоденального сока метацеркарии освобождаются от своей внутренней оболочки и через ампулу дуоденального сосочка мигрируют в общий желчный проток и внутривенечные желчные протоки. У 20–40 % зараженных лиц описторхисы также обнаруживаются и в протоках поджелудочной железы, куда они проникают по вирсунгову протоку [4]. Проникшие в гепатобилиарную систему и поджелудочную железу метацеркарии через 3–4 недели достигают половой зрелости и начинают продуцировать яйца. Число паразитов у одного человека может быть от единиц до десятков тысяч. Весь цикл развития описторхиса от яйца до половозрелой стадии длится 4–4,5 месяцев [4].

Социальная значимость патологии, обусловленной инвазией *O. felinus*, велика в связи с широкой распространенностью данного гельминтоза и развитием таких тяжелых осложнений, как аутоиммунные нарушения, первичный рак печени и поджелудочной железы, нарушение биоценоза кишечника [4].

В г. Красноярске в нозологической структуре гельминтозов описторхоз занимает 4-е место (3,9 %). Многолетняя динамика заболеваемости описторхозом с 1982 года по настоящее время остается стабильно неблагоприятной. Большую долю среди заболевших занимают взрослые – 93,6 %. Пораженность взрослого населения описторхозом выше в 11,5 раза пораженности этой инвазией детей. Наибольшую долю (22,1 %) среди заболевших описторхозом составляют рабочие промышленных предприятий и неработающее трудоспособное население (20,2 %), удельный вес пенсионеров тоже высокий (17,6 %). Среди заболевших описторхозом 46 % – лица, занимающиеся любительским рыбным ловом, члены их семей, близкие и дальние родственники, занимающиеся рыбным промыслом: уловом, солением и копчением, 16 % больных описторхозом связывают заражение с употреблением рыбы карповых пород, неизвестного происхождения, приобретенной на рынках; 12,1 % – поступившей рыбы от родственников из природных очагов; приобретенной у частных лиц либо во время отдыха в эндемичной зоне (по 10,5 %). Чаще заражение *O. felinus* происходит при употреблении малосоленой и вяленой рыбы карповых пород (60,5 % и 15,3 % соответственно). Большая часть заболеваний (71,8 %) [3], зарегистрированных в г. Красноярске, связана с Обь-Иртышским водным бассейном, самым активным очагом описторхоза в Сибири.

Цель: проанализировать заболеваемость и определить параметры эпидемического процесса описторхоза в г. Красноярске, установить особенности его клинического течения в природном очаге.

Материал и методы. Было обследовано 13 больных с диагнозом: острый описторхоз в возрасте от 18 до 47 лет, которые находились на стационарном лечении в инфекционном корпусе КМК БСМП им. Н.С. Карповича (г. Красноярск) в июне 2016 года. Верификация диагноза острый описторхоз была установлена наличием положительного эпидемиологического анамнеза, выраженной эозинофилии в крови, инструментальных методов диагностики (УЗИ органов брюшной полости, фиброгастродуоденоскопия, дуоденальное зондирование), обнаружением специфических антител к *Opistorchis felinus*.

Результаты исследования. Анализируя истории болезни, мы разделили всех пациентов на 3 группы в зависимости от возраста. 1 группа (2 пациента – 15,4 %) – возраст от 18 до 20 лет, 2 группа (7 пациентов – 53,8 %) – возраст от 20 до 35 лет, 3 группа (4 пациента – 30,8 %) – возраст от 35 лет до 55 лет.

Среди обследуемых – 5 женщин в возрасте от 21 до 43 лет (38,5 %), 8 мужчин в возрасте от 18 до 47 лет (61,5 %).

В большинстве случаев пациенты были доставлены в инфекционный корпус бригадой СМП (10 пациентов – 77 %), 3 пациента (23 %) обратились самостоятельно.

При направлении в стационар были выставлены следующие диагнозы:

1. Лихорадка неясного генеза (46,2 %).
2. Клещевой энцефалит (38,4 %).
3. ОРВИ (7,7 %).
4. Менингит (7,7 %).

Все обследуемые пациенты поступали на 5–7 день от начала заболевания.

Диагноз острого описторхоза был выставлен на основании характерного эпидемиологического анамнеза – употребление в пищу копченого язя и леща, которые были приобретены в супермаркетах и пивных барах г. Красноярска. Инкубационный период у поступивших пациентов составлял от 11 до 30 дней с момента употребления зараженной рыбы.

У всех госпитализированных больных диагностировано среднетяжелое течение с острым началом заболевания. Средний койко-день составил $15,6 \pm 1,3$ дня.

Общими симптомами при поступлении для всех пациентов в стационар были: лихорадка, озноб, повышенная утомляемость, ломота в суставах, головная боль, снижение аппетита, потливость.

У 2 пациентов (15,4 %) температура тела была субфебрильной (до 38 °С), у 8 пациентов (61,5 %) – температура тела была в пределах 38,5–39,5 °С, у 3 пациентов (23,1 %) – достигала 40–40,2 °С. Лихорадка сохранялась от 6 до 8 дней.

Аллергические проявления – сыпь по типу крапивницы на теле – была диагностирована только у 2 пациентов (15,4 %).

У 1 пациента (7,7 %) была намечена менингеальная симптоматика (симптом Манна – Гуревича был слабоположительным, была намечена ригидность мышц затылка).

Особенностью наблюдаемого нами острого описторхоза было, что поражение гепатобилиарной системы было отмечено у 4 пациентов (30,8 %): тяжесть в правом подреберье, боль в эпигастрии, горечь во рту, тошнота. У 2 пациентов (15,4 %) отмечались жалобы на вздутие живота. Гепатомегалия до 2 см отмечалась у 2 пациентов (15,4 %). Желтухи среди обследуемых пациентов диагностировано не было.

Характерная особенность острого описторхоза – гиперэозинофилия – была выявлена у всех пациентов (100 %). Колебания эозинофилии были в пределах от 21 % до 37 %. Кроме

эозинофилии у всех обследуемых пациентов было повышение лейкоцитов от $8,5 \times 10^9/\text{л}$ до $11,3 \times 10^9/\text{л}$ со сдвигом формулы влево.

В биохимическом анализе крови существенных изменений не было: содержание общего билирубина в крови было в пределах от 11 до 19,8 мкмоль/л. У 7 пациентов (53,8 %) регистрировались повышение аланинаминотрансферазы (АлАТ) в пределах от 47 до 64 Ед/л (норма до 31 Ед/л).

При УЗИ-исследовании органов брюшной полости у 7 пациентов (53,8 %) диагностирована дискинезия желчевыводящих путей. При ФГДС у всех обследуемых пациентов диагностирован поверхностный гастрит.

Диагноз: острый описторхоз был подтвержден обнаружением высокой концентрации сывороточных специфических иммуноглобулинов класса IgM к *Opisthorchis filineus*.

После купирования лихорадки, устранения интоксикации больным проводилась в течение 7 дней подготовительная терапия (желчегонные, спазмолитические и десенсибилизирующие препараты), а затем дегельминтизация празиквантелом (билтрицид).

Подготовительная терапия направлена на купирование аллергического синдрома; подавление воспаления, в том числе вызванного присоединением бактериальной инфекции; обеспечение адекватного оттока из желчевыводящих путей и протоков поджелудочной железы.

Празиквантел (производное изохинолина) действует на все формы описторхов, он малотоксичен, является индуктором спастического паралича паразитов. Празиквантел назначали в дозе 60 мг на 1 кг массы тела в 3 приема в течение дня после еды с промежутком 4 часа, в ночное время: в 22 часа, 2 часа и 6 часов. Таблетки празиквантела запивали 200 мл кипяченой воды. Через 3 часа после приема последней дозы препарата назначалось слепое зондирование с сульфатом магния для эвакуации описторхисов.

Контроль эффективности дегельминтизации празиквантелом следует провести не ранее чем через 2–3 месяца путем исследования дуоденального содержимого. После этого делают вывод об описторхозном выздоровлении. При повторном заражении вновь проводится курс лечения празиквантелом не ранее чем через 6 месяцев.

Заключение

Таким образом, проведенное нами наблюдение вспышки острого описторхоза в г. Красноярске в июне 2016 позволяет сделать вывод:

1. Острая форма описторхоза протекала с проявлениями выраженного интоксикационного синдрома и гиперэозинофилией.
2. Основным фактором передачи являлась копченая рыба – язь и лещ, которые были приобретены в супермаркетах и пивных барах г. Красноярска.

3. Инкубационный период у поступивших пациентов составлял от 11 до 30 дней с момента употребления зараженной рыбы.
4. Врачи поликлинической службы, а также стационаров различного уровня должны с настороженностью относиться к пациентам с лихорадкой в сочетании с лейкоцитозом и эозинофилией, чтобы не пропустить острый описторхоз. Для лабораторной верификации диагноза таким пациентам необходимо наряду с исследованием кала и желчи на *Opisthorchis filineus* назначать серологические методы диагностики – обнаружение специфических иммуноглобулинов класса IgM к *Opisthorchis filineus* методом ИФА.
5. Знание эпидемиологической обстановки по описторхозу в Красноярском крае позволит врачам поликлинической службы в более короткие сроки поставить правильный диагноз – острый описторхоз, что отразится на уменьшении пребывания пациента в стационаре.
6. Основными методами личной профилактики описторхоза является исключение из пищи необеззараженной рыбы. Для обеззараживания рыбы необходимо варить не менее 20 мин с момента закипания или прожарить под закрытой крышкой в виде пластов не менее 20 минут.

Список литературы

1. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2014 году» Роспотребнадзора – 2014 г., 98 с.
2. Гужеева Т.М. Состояние заболеваемости паразитарными болезнями в Российской Федерации и задачи в условиях реорганизации службы // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. – 2008. – № 1. – С.3-11.
3. Дмитриева Г.М. Эпидемиологическая характеристика и эпидемиологический надзор за актуальными гельминтозами на территории крупного промышленного города Сибирского региона: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2008.
4. Кусаинова А.С. Эпидемиологические особенности описторхоза на современном этапе: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Караганда, 2010.
5. Сергиев В.П. Паразитарные болезни человека (протозоозы и гельминтозы). – СПб., 2006. – С. 222-232.
6. Сергиев В.П. «Новые и возвращающиеся» гельминтозы как потенциальный фактор социально-экономических осложнений в России // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. – 2005. – № 4. – С.6-8.

7. Степанова Т.Ф. Оценка результативности профилактики паразитарных заболеваний в Российской Федерации в 2010–2012 гг. (рекомендации по ее повышению). – Тюмень, 2013. – Т. 1-2.
8. Филимонова Л.А. Описторхоз, клинические проявления / Л.А. Филимонова, Н.А. Борисенко // Сибирское медицинское обозрение. – 2006. – № 2 (39). – С. 8-12.