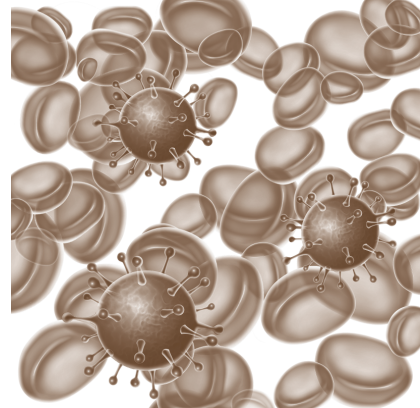


Осложненные формы хронического описторхоза*



Хабелова Т.А.^{1, 2},
Валишин Д.А.¹,
Кутуев О.И.^{1, 2}

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 450008, г. Уфа, Российская Федерация

² Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Республиканская клиническая инфекционная больница», 450015, г. Уфа, Российская Федерация

Цель исследования – клинико-лабораторная характеристика холестатического варианта хронического описторхоза, осложненного развитием подпеченочной желтухи.

Материал и методы. Объектом исследования были 2 женщины с диагнозом «хронический описторхоз, холестатический вариант», подтвержденным методами иммуноферментного анализа (ИФА) крови, микроскопического паразитарного исследования желчи и кала.

Методы исследования: клинико-анамнестические; лабораторные с использованием ИФА; инструментальные – фиброгастродуоденоскопия, позитронно-эмиссионная компьютерная томография, ультразвуковое исследование, магнитно-резонансная томография органов брюшной полости, магнитно-резонансная холангиопанкреатография.

Результаты. Приведены данные клинического наблюдения, результаты лабораторных и инструментальных методов исследования 2 пациенток с хроническим описторхозом, осложненным желчнокаменной болезнью, с неверной трактовкой результатов инструментальных методов исследования в 1 случае.

Заключение. Хронический описторхоз может сопровождаться развитием хирургической патологии органов гепатобилиарной зоны и приводить к диагностическим ошибкам. Важное значение имеют данные эпидемиологического анамнеза, особенно у пациентов – жителей не эндемичных для этой болезни регионов.

Финансирование. Статья не имела финансовой поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Вклад авторов. Концепция и дизайн исследования – Валишин Д.А.; сбор и обработка материала, написание текста – Хабелова Т.А.; статистическая обработка, редактирование – Кутуев О.И.

Для цитирования: Хабелова Т.А., Валишин Д.А., Кутуев О.И. Осложненные формы хронического описторхоза // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. 2023. Т. 12, № 2. С. 113–119. DOI: <https://doi.org/10.33029/2305-3496-2023-12-2-113-119>

Статья поступила в редакцию 02.06.2022. Принята в печать 28.03.2023.

Complicated forms of chronic opisthorchiasis

Khabelova T.A.^{1, 2},
Valishin D.A.¹,
Kutuev O.I.^{1, 2}

¹ Bashkir State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation, 450008, Ufa, Russian Federation

² Republican Clinical Infectious Hospital, 450015, Ufa, Russian Federation

The aim of the study was the clinical and laboratory characteristics of the cholestatic variant of chronic opisthorchiasis complicated by obstructive jaundice.

Material and methods. The object of the study were two women with a diagnosis of “Chronic opisthorchiasis, cholestatic variant”, confirmed by enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA), microscopic parasitic examination of bile and feces.

Ключевые слова:

описторхоз;
холестаз;
желчнокаменная
болезнь

Keywords:

opisthorchiasis;
cholestasis;
cholelithiasis

* В статье дан развернутый ответ на клиническую ситуационную задачу 1, опубликованную в журнале «Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение» № 1, 2023.

Research methods: clinical and anamnestic; laboratory using ELISA; instrumental – esophagogastroduodenoscopy (EGDS), positron emission tomography (PET) computed tomography (CT), ultrasound investigation of abdominal cavity, magnetic resonance imaging (MRI), magnetic resonance cholangiopancreatography (MRCP).

Results. The data of clinical observation, the results of laboratory and instrumental studies of two patients with chronic opisthorchiasis complicated by cholelithiasis are presented.

Conclusion. Chronic opisthorchiasis may be associated with the risk of surgical complications developing of the hepatobiliary zone. Actual in such cases may be deworming in order to prevent recurrence of cholelithiasis.

Funding. The preparation of the article was not provided with financial support.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Contribution. Concept and design of the study – Valishin D.A.; collection and processing of material, writing of the text – Khabelova T.A.; statistical processing, redaction – Kutuev O.I.

For citation: Khabelova T.A., Valishin D.A., Kutuev O.I. Complicated forms of chronic opisthorchiasis. *Infektsionnye bolezni: novosti, mneniya, obucheniye* [Infectious Diseases: News, Opinions, Training]. 2023; 12 (2): 113–9. DOI: <https://doi.org/10.33029/2305-3496-2023-12-2-113-119> (in Russian)

Received 02.06.2022. **Accepted** 28.03.2023.

Описторхоз остается актуальной проблемой здравоохранения в связи с широким распространением природных очагов, высокой долей хронизации инфекционного процесса, возможностью развития желчнокаменной болезни (ЖКБ) и рака печени. Согласно данным Роспотребнадзора, 2/3 мирового ареала возбудителя описторхоза находится на территории РФ. В Российской Федерации существует несколько эндемичных очагов описторхоза. Неблагополучными по описторхозу являются практически все территории, примыкающие к бассейнам рек Обь, Иртыш, Томь и их притокам. Обь-Иртышский бассейн – самый обширный и интенсивный мировой очаг описторхоза. Высокая заболеваемость описторхозом регистрируется в Ханты-Мансийском, Ямало-Ненецком автономных округах, а также в Тюменской, Томской, Омской и Новосибирской областях [1].

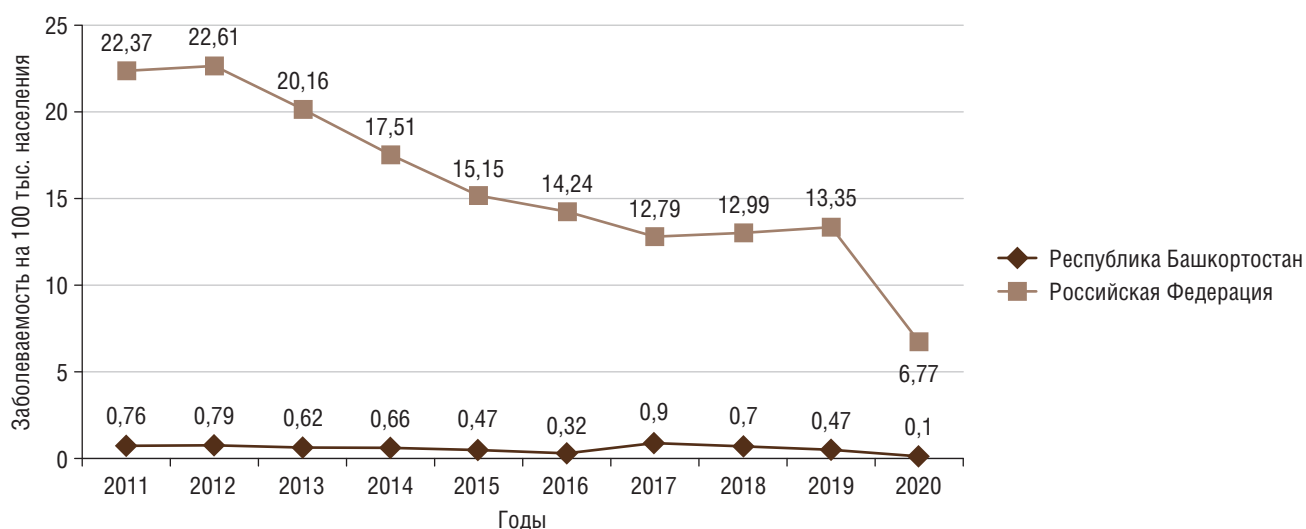
Согласно данным государственного доклада «О санитарном благополучии населения в Российской Федерации», в структуре биогельминтозов в 2018 г. на долю описторхоза приходилось 79,5% случаев. В 2020 г. зарегистрировано

9932 случая описторхоза (6,77 на 100 тыс. населения, что ниже показателей 2019 г. в 2 раза – 13,35 на 100 тыс. населения) [2].

Однако истинное число больных данным гельминтозом всегда значительно превышает показатели официальной статистики. Это связано с полиморфизмом и лабильностью клинических проявлений, отсутствием патогномичных симптомов заболевания.

Заболеваемость описторхозом в Республике Башкортостан (РБ) невысокая (0,32–0,9 на 100 тыс. населения). На рисунке представлена динамика многолетней заболеваемости описторхозом в Российской Федерации и РБ. В 2020 г. было зарегистрировано всего 4 случая заболевания (0,1 на 100 тыс. населения).

Описторхоз в РБ занимает 3-е место в структуре [3] гельминтозов и имеет выраженную очаговость, связанную с водоемами бассейнов рек Кама, Белая и Уфа, где имеются благоприятные условия для развития и сохранения возбудителя. В водоемах РБ обитают представители класса костные рыбы, отряда карпообразные. Основными видами рыб



Динамика многолетней заболеваемости описторхозом в Российской Федерации и Республике Башкортостан (по данным Госсанэпиднадзора)

в уловах рыбаков коммерческих бригад являются лещ, карась, густера, язь; объектами любительского улова во всех реках становятся плотва, укляя, пескарь. Чаще всего метатеркеркирии описторхий обнаруживали у язя, леща, густеры, плотвы, их пораженность достигала 51,1; 48,4; 43,5 и 39,6% соответственно [4].

Заражение населения республики также происходит за счет употребления в пищу рыбы, завезенной в РБ из других регионов страны. Однако на заболеваемость описторхозом значительное влияние оказывает наличие в районах Сибири предприятий газонефтяной промышленности, на которых важным методом работают специалисты из РБ [4].

Острый описторхоз представляет собой гиперергическую реакцию на антигены паразита, в то время как хронический описторхоз рассматривают как системное заболевание с поражением органов паразитирования, а также с вовлечением в процесс интактных органов и систем [5]. Наиболее значимые морфофункциональные изменения наблюдаются в печени и внутрипеченочных желчных протоках, в которых, по данным исследования секционных материалов, у зараженных людей выявляют паразиты практически в 100% случаев [6]. У больных хроническим описторхозом были выявлены существенные отклонения в биохимическом составе желчи [7, 8] и внутрипеченочных протоках с образованием кист, стриктур. Изменения билиарной системы сопровождаются развитием холестаза, который усиливается обтурацией протоков описторхиями. Длительные воспалительные и пролиферативные изменения не только в протоках, но и в паренхиме способствуют развитию фиброза, а в ряде случаев цирроза печени [5, 6]. Иммуносупрессивное, мутагенное действие описторхий, метаплазия эпителия могут способствовать развитию холангиогенного рака гепатобилиарной области [9].

Цель исследования – клиничко-лабораторная характеристика холестатического варианта хронического описторхоза, осложненного развитием подпеченочной желтухи.

Материал и методы

Объекты исследования – 2 женщины с диагнозом «хронический описторхоз, холестатический вариант», подтвержденным определением антител в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа (ИФА) и микроскопического паразитарного исследования желчи и кала.

Материал для исследования – медицинские карты (ф/003у), выписки из историй болезни, протоколы оперативного вмешательства, электронные носители (CD-диски) с записями серии компьютерных и магнитно-резонансных томограмм органов брюшной полости (ОБП).

Проводили сбор анамнеза болезни, эпидемиологического анамнеза, общий анализ крови (ОАК), общий анализ мочи и биохимический анализ крови. Для верификации диагноза проводили ИФА крови с использованием тест-систем «Описторх-IgM-ИФА-Бест» и «Описторх-IgG-ИФА-Бест» (ЗАО «Вектор Бест», Россия); метод прямой микроскопии желчи, полученной в результате холецисто- и холедохотомии и копроовоскопию методами нативного и толстого мазка под целлофаном по Като–Кац.

Инструментальные методы исследования: электрокардиография, эхокардиография; ультразвуковое исследование (УЗИ) ОБП, позитронно-эмиссионная компьютерная томография (ПЭТ/КТ) на сканере GE Discovery PET/CT 710 с использованием радиологического фармакологического препарата ¹⁸F-фтордезоксиглюкоза; магнитно-резонансная томография (МРТ) ОБП на томографе «Siemens Avanto» с индукцией магнитного поля 1,5 Тл, серии томограмм бесконтрастной магнитно-резонансной холангиопанкреатографии (МРХПГ) по протоколу T2 cor fs 3D с толщиной среза 1 мм и последующей 3D- и MIP-реконструкциями; фиброгастроудоденоскопия (ФГДС).

Результаты

Представляем 2 случая хирургических осложнений в течении описторхоза.

Клинический случай 1

Большая Г., 56 лет, 08.08.2019 поступила в приемно-диагностическое отделение многопрофильного стационара г. Уфы в экстренном порядке с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, бессонницу, желтуху, зуд кожи, чувство тяжести в области правого подреберья, высыпания на теле, потемнение цвета мочи.

После проведения УЗИ ОБП, МРХПГ, консультации хирурга экстренных показаний для оперативного вмешательства не получено. Пациентка была госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение ГБУЗ РБ ГКБ № 21 г. Уфы, где находилась на лечении в течение последующих 2 нед с диагнозом: «ЖКБ. Холецистит. Хронический калькулезный холецистит средней степени тяжести, в стадии обострения. Транзиторный холедохолитиаз? Вторичный билиарный холангит».

Из анамнеза известно, что в течение последних 3 мес женщину беспокоили зуд кожи, высыпания на теле. Температура тела не повышалась. Самостоятельно принимала аллохол. Аллергологический анамнез не отягощен. Ретроспективно при уточнении анамнеза установлено, что пациентка в 1990-х гг. проживала в Ханты-Мансийском автономном округе.

При осмотре у больной Г. отмечены иктеричность кожных покровов и видимых слизистых оболочек, единичные элементы пятнисто-папулезной сыпи со следами расчесов на коже груди, живота, гепатомегалия, положительный симптом Кера.

В ОАК наблюдалось повышение скорости оседания эритроцитов, показатели которой варьировали от 87 до 44 мм/ч, количество лейкоцитов, нейтрофилов, эозинофилов сохранялось в пределах нормы. В биохимическом анализе крови выявлена гиперпротеинемия – 83–94 г/л (норма 76,0–80,0 г/л), увеличение α_2 -глобулинов – 16,6% (норма 7,9–10,9%) (см. таблицу).

Показатели иммунограммы сохранялись в пределах нормы: IgA 2,1 /л (норма 0,9–4,5 г/л), IgM 1,6 г/л (норма 0,39–2,99 г/л), IgG 11,4 /л (норма 5,52–16,31 г/л), ЦИК 16 ед/мл (норма до 20 ед/мл).

Результаты исследования крови на наличие аутоантител (ANA, AMA) и онкомаркеров (РЭА, АФП) оставались в пределах референсных значений.

Динамика биохимических показателей крови пациентки Г.

Показатель	Даты исследования							
	09.08.2019	19.08.2019	28.08.2019	23.09.2019	01.10.2019	07.10.2019	09.10.2019	14.10.2019
Общий билирубин, мкмоль/л	195,6	164,0	212,1	171,5	261,6	217,6	184,8	177,0
Прямой билирубин, мкмоль/л	–	–	–	–	177,8	182,8	133,2	135,6
АЛТ, МЕ/л	612,1	223,9	142,9	97,8	99,0	86,0	70,0	70,0
АСТ, МЕ/л	367,2	84,9	239,3	216,2	104,0	92,0	73,0	72,0
ГГТ, МЕ/л	1160,0	611,0	424,0	618,0	205,0	107,0	82,0	59,0
ЩФ, МЕ/л	729,0	954,0	–	–	774,0	644,0	546,0	583,0
Холестерин, ммоль/л	14,7	13,7	–	–	13,2	–	–	–

Примечание. АЛТ – аланинаминотрансфераза; АСТ – аспартатаминотрансфераза; ГГТ – гамма-глутамилтрансфераза; ЩФ – щелочная фосфатаза.

На УЗИ ОБП печень визуализировалась фрагментарно из-за пневматизации кишечника, была увеличена в размерах, косой вертикальный размер правой доли – 165 мм. Паренхима с повышенной эхогенностью, обедненным сосудистым рисунком, умеренно диффузно неоднородной структурой, с чередованием зон повышенной и пониженной эхогенности. Отмечено небольшое расширение внутриспеченочных желчных протоков. Воротная вена – 11 мм. Желчный пузырь 97×38 мм, с изгибом в средней трети, стенки уплотнены, не утолщены, содержимое – сдвиг на половину полости, группа смешанных конкрементов от 3 до 10 мм. Общий желчный проток не расширен, 4 мм в диаметре. Поджелудочная железа и селезенка не увеличены. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. По данным МРХПГ определена картина ЖКБ, с визуализацией конкрементов в желчном пузыре и умеренным расширением внутриспеченочных протоков левой доли печени.

Терапия в гастроэнтерологическом отделении включала внутривенные инфузии полиионного раствора, физиологического раствора, пентоксифиллина, ферментные препараты (панкреатин). Учитывая выраженную аллергическую реакцию в виде сыпи, зуд кожи, с десенсибилизирующей целью было назначено парентеральное введение глюкокортикоидов (преднизолон) в течение 2 дней в дозе 60 и 30 мг.

Ввиду отсутствия положительной клинико-биохимической динамики с целью исключения желтухи механического характера больная Г. была переведена в хирургическое отделение, где принято решение о необходимости оперативного лечения. 29.08.2019 (на 21-й день стационарного лечения) больной Г. под эндотрахеальной анестезией выполнены лапароскопическая холецистэктомия, биопсия печени, дренирование брюшной полости.

При гистологическом исследовании в ткани печени выявлены очаги абсцедирования с формировавшейся капсулой, обильная воспалительная инфильтрация с преобладанием эозинофилов.

При 4-кратном исследовании кала на яйца глистов во всех образцах были обнаружены яйца *Opisthorchis felineus*. Титр антител класса IgG к описторхисам методом ИФА варьировал от 1:400 до 1:3200.

Течение послеоперационного периода было гладким, с последующим удалением дренажей и заживлением раны первичным натяжением.

Учитывая паразитарную природу поражения гепатобилиарной системы, дальнейшее лечение больной проводили в условиях инфекционного стационара.

Клинический случай 2

Больная Б., 58 лет, госпитализирована в ГАУЗ РКОД Минздрава Республики Башкортостан (Уфа) 05.05.2021 с клиническим диагнозом «холангиокарцинома проксимальных желчных протоков по типу опухоли Клацкина, осложненная билиарной гипертензией» и сопутствующим диагнозом «описторхоз».

Анамнез болезни: ухудшение самочувствия в виде слабости, снижения аппетита и массы тела, кожного зуда беспокоило пациентку с августа 2020 г. В октябре 2020 г. присоединились боль в области правого подреберья, горечь во рту, желтушность склер и кожных покров, потемнение мочи и осветление кала, в связи чем была госпитализирована в хирургическое отделение ЦРБ по месту жительства. В биохимическом анализе крови обнаружили повышение АЛТ до 435,0 МЕ/л, АСТ – до 178,0 МЕ/л.

Учитывая отягощенный анамнез пациентки по онкологии для исключения неопластического поражения гепатобилиарной системы была проведена КТ ОБП и забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием. На основании результатов исследования был выставлен диагноз: «опухоль Клацкина, метастазы в забрюшинные лимфатические узлы». С целью уточнения диагноза и определения стадии заболевания проведена ПЭТ/КТ всего тела, по результатам которой выявлены признаки билиарной гипертензии, неоднородность контрастирования без повышенной метаболической активности на уровне бифуркации главных желчных протоков, головки поджелудочной железы (ближе к фатерову соску); лимфаденопатия ворот печени и забрюшинная с метаболической активностью; парастеральная лимфаденопатия справа с низкой метаболической активностью.

На серии томограмм при МРТ ОБП размеры печени не увеличены, структура умеренно-пестрая за счет допусти-

мой неоднородности сигнала. В области ворот печени (в зоне слияния долевых протоков) визуализированы образование 8×8 мм, увеличенные лимфоузлы 16×27 мм, изогипоинтенсивные на T1-ВИ, гиперинтенсивные на T2-ВИ с нечеткими контурами, слабо накапливающие контрастное вещество, определялись признаки перидуктальной опухолевой инфильтрации, дистальный блок холедоха, с резко расширенными внутрипеченочными желчными протоками.

При МР-холангиографии (серии МРХПГ) визуализированы расширенные внутрипеченочные желчные протоки, холедох до 8 мм «обрывался» в дистальном отделе. Вирсунгов проток не расширен. Желчный пузырь удален. Селезенка увеличена, 177×108×84 мм, без очаговых изменений.

При ФГДС выявлено варикозное расширение вен пищевода I степени.

Исследование крови на антиген аденогенных видов рака выявило повышение уровня СА 19-9 до 182,7 МЕ/мл (норма до 30 МЕ/мл).

Эпидемиологический анамнез: пациентка увлекалась рыбной ловлей в бассейне реки Белая. Регулярно употребляла в пищу речную рыбу семейства карповых как в жареном, так и в вяленом виде. Муж пациентки увлекается охотой, дома живут охотничьи собаки. В пищевом рационе – мясо диких животных (лось, косуля, кабан).

Анамнез жизни: пациентка Б. является пенсионеркой. В 2005 г. у больной был выявлен рак левой молочной железы (инфильтрирующая протоковая карцинома), стадия 3B T2N2M0; проведена левосторонняя мамэктомия. При проведении курса химиотерапии выявили лейкоцитоз и эозинофилию, что и послужило поводом для исследования на гельминтозы. Был выставлен диагноз «описторхоз», без уточнения характера течения инфекционного процесса, на основании положительного результата ИФА крови на описторхоз. В том же году больная Б. получила лечение празиквантелом в общей дозе 3600 мг.

Страдает ишемической болезнью сердца, стенокардией напряжения II функционального класса (ФК), хронической сердечной недостаточностью I стадии, I ФК, гипертонической болезнью стадии 2Б, степени 1, риск 4, инсулинозависимым сахарным диабетом 2-го типа. В 2003 г. была проведена мини-холецистэктомия в плановом порядке. Аллергический анамнез не отягощен.

На основании МРТ-картины патологического опухолевого образования в области ворот печени, что могло соответствовать холангиокарциноме проксимальных желчных протоков по типу опухоли Клацкина, синдрому билиарной гипертензии, лимфаденопатии ворот печени и забрюшинных парааортальных лимфоузлов, повышению уровня СА 19-9, консилиумом было принято решение о госпитализации больной Б. в онкологический диспансер для проведения лапаротомии, холедохотомии, наружного дренирования желчных протоков, воротной лимфодиссекции.

Однако при цитологическом исследовании желчи в стационаре в препарате были обнаружены в большом количестве мелкие плоские черви ланцетовидной формы семейства *Opisthorchiasis*, среди клеток цилиндрического эпителия – яйца гельминтов с двухконтурной оболочкой; неопластический характер поражения не подтвердился.

Как и в первом, приведенном выше клиническом случае, после подтверждения паразитарной этиологии поражения гепатобилиарной системы больная Б. была переведена в инфекционный стационар. У пациентки при осмотре отмечены гепатомегалия, слабый синдром желтухи, сопровождающийся зудом кожи. Максимальное значение билирубинемии достигало 84 мкмоль/мл. Длительность желтухи составила в среднем 6 мес. Длительность наружного дренажа желчных протоков составила около 5 мес. Синдром холестаза сопровождался повышением ЩФ до 1399 МЕ/л (при норме до 300 МЕ/л), ГГТ до 1080 МЕ/л (при норме до 40 МЕ/л), холестерина до 8,1 ммоль/л (при норме до 5,3 ммоль/л). Повышение активности трансаминаз превышало в 5–10 раз показатели нормы (АЛТ до 435,2 МЕ/л при норме 42 МЕ/л, АСТ – 178,0 МЕ/л при норме 37 МЕ/л).

Яйца *O. felinus* продолжали обнаруживаться в послеоперационный период (на 12–14-й день) в анализах содержимого двенадцатиперстной кишки и кала. При исследовании крови на гельминты методом ИФА были выявлены антитела класса IgG к описторхисам и *Echinococcus granulosus* в титрах 1:1600 и 1:800 соответственно.

Обеим женщинам проводили комплексную терапию: этиотропную, патогенетическую, симптоматическую. В качестве специфического этиотропного средства использовали празиквантел (Бильтрицид) в дозе 75 мг/кг в сутки в течение 1 дня. Пациентке Б. дополнительно был назначен курс албендазола (Немозол) 800 мг/сут, продолжительностью 14 дней, учитывая его антитрематодозное действие и серопозитивность по эхинококкозу. В обоих случаях на основании проведенного оперативного вмешательства была назначена антибактериальная терапия цефтриаксоном 2 г/сут в течение 10 дней. Дезинтоксикационная терапия включала внутривенные инфузии полиионных растворов (ацесоль, стерофундин, ремаксол), аскорбиновую кислоту. Учитывая повышение печеночных ферментов, проводилась гепатопротективная терапия: препараты адеметионина и глицирризиновой кислоты. Использовали холеретические (препараты урсодезоксихолевой кислоты, сернокислая магнезия), антигистаминные (хлоропирамина гидрохлорид, димедрол), спазмолитические и дигестивные (препараты панкреатина) средства.

Обсуждение

У наблюдаемых больных имел место хронический описторхоз с развитием хирургических осложнений. Установлено, что ЖКБ представляет собой мультифакторное заболевание [5, 8]. Предрасполагающими факторами риска у обеих пациенток могли выступать женский пол, пожилой возраст (58 лет), гиперхолестеринемия, описторхозная инвазия. У больной Б. дополнительно могли играть роль сахарный диабет, быстрая потеря массы тела в анамнезе. В то же время у пациентки Б., несмотря на проведенную в 2003 г. мини-холецистэктомию в плановом порядке и курс противогельминтной терапии празиквантелом в 2005 г., через 15 лет наблюдается манифестация выраженного холестатического синдрома, обусловленного обтурацией внутрипеченочных протоков описторхиями, перихоледохиальным лимфадени-

том с развитием склерозирующего холангита и вторичного гепатита. Активность и интенсивность описторхозной инвазии у пациентки Б., возможно, были обусловлены иммуносупрессией на фоне онкопатологии и химиотерапии в анамнезе. При этом нельзя полностью исключить вероятность реинфицирования описторхиями – пациентка очень активно увлекалась рыбной ловлей в водоемах Республики Башкортостан. Основными видами рыб улова пациентки Б. являлись лещ, густера, язь, плотва, которые, по данным литературы, отличаются высокой степенью инфицирования метацеркариями описторхий [3].

Учитывая онкологически отягощенный анамнез, результаты КТ, МРТ, МРХПГ, было обоснованным предположение у больной Б. развития холангиокарциномы проксимальных желчных протоков по типу опухоли Клацкина. Однако обнаружение в большом количестве червей ланцетовидной формы семейства *Opisthorchiasis* и яиц гельминтов с характерной двухконтурной оболочкой при цитологическом исследовании желчи стало подтверждением паразитарной этиологии холестаза.

Выявление у пациентки Б. антител класса IgG к *E. granulosus* в титре 1:800 без характерных патологических изменений в головном мозге, легких и печени по данным ПЭТ/КТ всего тела с учетом эпидемиологического анамнеза (в доме живут охотничьи собаки) интерпретировано как серопозитивность по эхинококкозу. Назначение албендазола (Немозол) было обосновано данными литературы о его эффективности в качестве альтернативного препарата для лечения описторхоза, а также в составе комбинированной терапии суперинвазивного описторхоза [10].

Учитывая динамику холестатического процесса у больной Г., длительность зуда кожи в течение 3 мес, можно предположить, что триггерным фактором развития желтухи явилась активация описторхозной инвазии. Многие авторы

неоднократно отмечали ассоциацию ЖКБ с хроническим описторхозом, что могут подтвердить и результаты нашего наблюдения [5–7].

Выраженность клинических симптомов у пациентки Г. позволяет предположить наличие острого описторхоза. Однако проживание в 1990-х гг. в гиперэндемичном по описторхозу регионе, длительность в течение 3 мес аллергического синдрома (экзантема, зуд кожи), диагностика ЖКБ, выявление очагов абсцедирования в паренхиме печени при гистологическом исследовании, отсутствие эозинофилии, изменений в иммунограмме, а также отрицательный результат ИФА на антитела класса IgM к описторхису стали основанием для постановки диагноза «хронический описторхоз».

Хронический описторхоз представляет важную медико-социальную проблему, учитывая разнообразие и неспецифичность клинической симптоматики, необходимость проведения неоднократных паразитологических методов исследования. Отсутствие подробно собранного эпидемиологического анамнеза, включающего проживание или временное пребывание в природных очагах описторхоза, употребление в пищу рыбы семейства карповых затрудняет диагностику описторхоза [11]. По данным исследований, описторхоз способствует повышению литогенности желчи, частоты развития как внепеченочного, так и внутрипеченочного холестаза [5–7]. Таким образом, предположительно хирургические осложнения хронического описторхоза могут являться естественным исходом прогрессирования заболевания.

Для оптимизации терапии поражений желчевыводящих путей, печени, желчного пузыря необходимо учитывать возможную коморбидность с описторхозом и проведение дегельминтизации с целью профилактики рецидивов камнеобразования, холангита и холангиокарциномы.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Хабелова Тамара Александровна (Tamara A. Khabelova)* – кандидат медицинских наук, доцент кафедры инфекционных болезней с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа, Российская Федерация

E-mail: thabelova@mail.ru

<https://orcid.org/0000-0002-7050-5210>

Валишин Дамир Асхатович (Damir A. Valishin) – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой инфекционных болезней с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа, Российская Федерация

E-mail: damirval@yandex.ru

<https://orcid.org/0000-0002-1811-9320>

Кутуев Олег Ильдерханович (Oleg I. Kutuev) – кандидат медицинских наук, доцент кафедры инфекционных болезней с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа, Российская Федерация

E-mail: okutuev@yandex.ru

<https://orcid.org/0000-0002-6945-0291>

ЛИТЕРАТУРА

1. Бибик О.И. Описторхоз – актуальная проблема здравоохранения (обзор и анализ проблемы) // Российский паразитологический журнал. 2020. Т. 14, № 4. С. 38–49. DOI: <https://doi.org/10.31016/1998-8435-2020-14-4-38-49>

2. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2020 году: государственный доклад. Москва : Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2021. 256 с.

* Автор для корреспонденции.

3. Материалы к государственному докладу «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2020 году» по Республике Башкортостан. Уфа : Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Республике Башкортостан, 2021. 274 с.
4. Мусыргалина Ф.Ф., Кудакеева Т.Г. Изучение зараженности рыб сем. Карповые метациркариями описторхид на реке Белой Республики Башкортостан // Общество XXI века: итоги, вызовы, перспективы. 2015. № 4. С. 3–6.
5. Мерзликин Н.В., Цхай В.Ф., Подгорнов В.Ф. и др. Патоморфология и хирургические аспекты осложненного и сопутствующего описторхоза // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. 2020. Т. 23, № 1. С. 36–47. DOI: <https://doi.org/10.17223/1814147/72/04>
6. Варданян Т.С. Диагностика и лечение механической желтухи при описторхозе : Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Сургут, 2017.
7. Байкова О.А. Желчнокаменная болезнь при описторхозе и клонорхозе // Материалы международной научно-практической конференции. «Совре-

- менная медицина: актуальные вопросы и перспективы развития». Уфа, 2017. С. 9–12.
8. Кучеря Т.В., Харитонов Л.А., Ашманов К.Ю., Мишкин А.А. Дифференциальный диагноз описторхоза желчного пузыря и холелитиаза у подростка // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2021. Т. 185, № 1. С. 191–196. DOI: <https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-185-1-191-196>
9. Байкова О.А., Николаева Н.Н., Грищенко Е.Г., Николаева Л.В. Холангиокарцинома, ассоциированная с хроническим описторхозом и клонорхозом // Здоровье и образование в XXI веке. 2018. Т. 20, № 4. С. 27–32. DOI: <https://doi.org/10.26787/nydha-2226-7425-2018-20-4-27-32>
10. Удилов В.С., Борзунов В.М., Солдатов Д.А. Оценка эффективности антипаразитарной терапии при суперинвазии *Opisthorhis felinus* // Здоровье населения и среда обитания. 2013. № 9 (246). С. 40–42.
11. Евстигнеев И.В., Илинчук И.В. Хронический описторхоз в клинической практике врача // Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология. 2018. Т. 111, № 6. С. 22–28.

REFERENCES

1. Bibik O.I. Opisthorchosis is a topical health problem (problem review and analysis). Rossiyskiy parazitologicheskiy zhurnal [Russian Journal of Parasitology]. 2020; 14 (4): 38–49. DOI: <https://doi.org/10.31016/1998-8435-2020-14-4-38-49> (in Russian)
2. On the state of sanitary and epidemiological well-being of the population in the Russian Federation in 2020: State report. Moscow: Federal'naya sluzhba po nadzoru v sfere zashchity prav potrebitel'ey i blagopoluchiya cheloveka, 2021: 256 p. (in Russian)
3. Materials for the state report «On the state of sanitary and epidemiological well-being of the population in the Russian Federation in 2020» for the Republic of Bashkortostan. Ufa: Upravlenie Federal'noy sluzhby po nadzoru v sfere zashchity prav potrebitel'ey i blagopoluchiya cheloveka po Respublike Bashkortostan, 2021: 274 p. (in Russian)
4. Musyrgalina F.F., Kudakayeva T.G. The study of infection of fish of the Cyprinidae family Opisthorchid cyprinid metacercariae on the White river Republic of Bashkortostan. Obshchestvo XXI veka: itogi, vyzovy, perspektivy [Society of the XXI Century: Results, Challenges, Prospects]. 2015; (4): 3–6. (in Russian)
5. Merzlikin N.V., Tskhai V.F., Podgornov V.F., et al. Pathomorphology and surgical aspects of the complicated and associated opisthorchiasis. Voprosy rekonstruktivnoy i plasticheskoy khirurgii [Problems of Reconstructive and Plastic Surgery]. 2020; 23 (1): 36–47. DOI: <https://doi.org/10.17223/1814147/72/04> (in Russian)
6. Vardanyan T.S. Diagnosis and treatment of obstructive jaundice in opisthorchiasis: Autoabstract of Diss. Surgut, 2017. (in Russian)
7. Baykova O.A. Gallstone disease in opisthorchiasis and clonorchiasis. In: Proceeding of the International Scientific-Practical Conference. «Modern Medicine: Topical Issues and Development Prospects». Ufa, 2017: 9–12 (in Russian)
8. Kucherya T. V., Kharitonova L. A., Ashmanov K. Yu., Mishkin A. A. Differential diagnosis of gallbladder opisthorchiasis and cholelithiasis in a teenager. Eksperimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya [Experimental and Clinical Gastroenterology]. 2021; 185 (1): 191–6. DOI: <https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-185-1-191-196> (in Russian)
9. Baykova O.A., Nikolaeva N.N., Grishchenko E.G., Nikolaeva L.V. Cholangiocarcinoma associated with chronic opisthorchiasis and clonorchiasis. Zdorov'e i obrazovanie v XXI veke [Health and Education Millennium]. 2018; 20 (4): 27–32. DOI: <http://dx.doi.org/10.26787/nydha-2226-7425-2018-20-4-27-32> (in Russian)
10. Udilov V.S., Borzunov V.M., Soldatov D.A. Estimation of effectiveness anti-parasitic therapy in superinvasion *Opisthorhis felinus*. Zdorov'e naseleniya i sreda obitaniya [Public Health and Life Environment]. 2013; 9 (246): 40–2. (in Russian)
11. Evstigneev I.V., Ilinchuk I.V. Chronic opisthorchiasis in doctor's clinical practice. Klinicheskaya immunologiya. Allergologiya. Infektologiya [Clinical Immunology. Allergy. Infectology]. 2018; 111 (6): 22–8. (in Russian)