

## ВСПЫШКА ОСТРОГО ОПИСТОРХОЗА В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

*Хабелова Т.А.<sup>1</sup>, Валишин Д.А.<sup>1</sup>, Кутуев О.И.<sup>1</sup>, Просвиркина Т.Д.<sup>1</sup>,  
Ларшутин С.А.<sup>1</sup>, Юсупова З.М.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, г. Уфа, Россия.

<sup>2</sup>ГБУЗ РБ инфекционная клиническая больница №4, г. Уфа, Россия.

*Аннотация.* В Республике Башкортостан (РБ) за пять месяцев (май-сентябрь) 2017 г. в инфекционной больнице г. Уфы было диагностировано 30 случаев острого описторхоза. Чаще болели мужчины (70,0%), что связано с увлечением рыбной ловлей и работой вахтовым методом в регионах Западной Сибири. Среди клинических проявлений преобладали симптомы острого аллергоза и поражения гепатобилиарной системы. Определяющее значение в диагностике острой фазы описторхоза принадлежало иммуноферментному анализу (100,0%). В клинической картине преобладали тифоподобный (50,0%) и гепатохолангитический (40,3%) варианты течения острого описторхоза.

Подъем заболеваемости описторхозом в РБ обусловлен активацией местных очагов, расположенных в бассейнах рек Кама, Белая и Уфа, а также завозом рыбы семейства карповых из эндемичных регионов и трудовой миграцией населения республики в регионы Западной Сибири.

*Ключевые слова:* описторхоз, клинические проявления, лабораторная диагностика.

## OUTBREAK OF ACUTE OPISTHORCHIASIS IN REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN

*Khabelova T.A.<sup>1</sup>, Valishin D.A.<sup>1</sup>, Kutuev O.I.<sup>1</sup>, Prosvirkina T.D.<sup>1</sup>,  
Larshutin S.A.<sup>1</sup>, Yusupova Z.M.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Bashkir state medical university, Ufa, Russia.

<sup>2</sup>Clinical Infectious Diseases Hospital №4, Ufa, Russia.

*Annotation.* Thirty cases of acute opisthorchiasis were diagnosed in the Republic of Bashkortostan over 5 months (May–September) in 2017. There were more male patients (70.0%), which was associated with a fishing hobby and rotation-based work in the regions of Western Siberia. Among the clinical

manifestations, there was a preponderance of symptoms of acute allergosis and hepatobiliary system lesion. ELISA was of crucial importance (100.0%) for diagnosing the acute phase of opisthorchiasis. Typhus-like (50.0%) and hepatocholanic (40.3%) types of acute opisthorchiasis prevailed.

The rise in the incidence of opisthorchiasis in the Republic of Bashkortostan is due to the activation of local foci located in the Kama River, Belaya River, and Ufa River basins, as well as to the importation of fish of the family Cyprinidae from endemic regions and to the labor migration of the population of the republic to the regions of Western Siberia.

*Key words:* opisthorchiasis, clinical manifestations, laboratory diagnostics.

Описторхоз – природноочаговый биогельминтоз, характеризующийся полиморфностью клинической картины, с преимущественным поражением гепатобилиарной системы и поджелудочной железы, отличающийся длительным течением с частыми обострениями.

Социальная и медицинская значимость описторхоза обусловлена высокой пораженностью населения эндемичных районов, риском развития желчнокаменной болезни, первичного рака печени и поджелудочной железы, что связано мутагенным эффектом возбудителя, способностью вызывать пролиферацию эпителия протоков и овальных клеток печени [1]. В мире описторхисами поражено около 17 млн человек, в России – ежегодно регистрируется до 30 тысяч случаев в год. Истинный уровень пораженности населения описторхозом определить сложно, поскольку ранняя стадия инвазии часто протекает без клинических проявлений, а в хронической стадии заболевания клиническая симптоматика неспецифична. В мире эндемичными по описторхозу являются западные и центральные районы Европы, страны юго-восточной Азии (Таиланд, Гонконг, Тайвань, Вьетнам и др.) [2]. В России самым крупным природным очагом описторхоза считается Обь-Иртышский бассейн, где пораженность местного населения достигает 50-90% [3].

За последние двадцать лет произошло расширение ареала возбудителя описторхоза с активным включением человека в качестве источника инвазии. В настоящее время в 27 субъектах РФ, в том числе в Республике Башкортостан, регистрируются местные случаи описторхоза. Удельный вес описторхоза в сумме глистных инвазий в РФ за последние десятилетия увеличился с 3,81 до 42,6% [5].

Возбудителями описторхоза являются два вида трематод семейства *Opisthorchidae*: *Opisthorchis felineus* и *Opisthorchis viverrini*. Промежуточным хозяином гельминта является пресноводный жаберный моллюск *Bithynia leachi*, дополнительные хозяева – пресноводные рыбы семейства карповых: язь, карп, линь, плотва, вобла, красноперка, сазан, лещ, жерех, укля и др. Заражение происходит при употреблении «сырой» или недостаточно

термически обработанной речной рыбы [3].

Описторхоз в Башкортостане имеет выраженную очаговость, связанную с водоемами бассейнов рек Кама, Белая и Уфа, где имеются благоприятные условия для развития и сохранения возбудителя. Заражение населения республики происходит также за счет употребления в пищу рыбы, завезенной в РБ из других регионов страны. В эпизоотологии и эпидемиологии описторхоза значительную роль играют специалисты газо-нефтяной промышленности, работающие в районах Сибири вахтовым методом [4, 5].

Общепризнанной классификации описторхоза не существует. Выделяют раннюю фазу (острый описторхоз) и позднюю (хронический описторхоз). Острый описторхоз длится от нескольких дней до 4–12 недель и связан с проникновением личинок паразита в гепатобилиарную систему и поджелудочную железу. В ранней фазе описторхоза ведущим звеном в патогенезе является развитие аллергических реакций и органических поражений в ответ на воздействие продуктов метаболизма паразита [6].

Тяжелая форма острого описторхоза протекает в нескольких клинических вариантах: тифоподобном, гепатохолангитическом, гастроэнтеритическом [7].

Заболеваемость описторхозом на территории РБ на протяжении многих лет регистрировалась в виде спорадических случаев и была значительно ниже средних показателей по РФ. Показатели заболеваемости регистрировались без разграничения на острую и хронические формы описторхоза.

С мая по сентябрь 2017 г. диагноз «острый описторхоз» был поставлен 30 пациентам (жителям Республики Башкортостан), обратившихся за медицинской помощью в инфекционный стационар г. Уфы. Возраст больных варьировал от 20 до 56 лет. Мужчины составили 70,0% (21 чел.), женщины – 30,0% (9 чел.). Преобладание мужского населения среди обследованных нами больных было связано как с особенностями профессии – работа вахтовым методом (7 чел.) в Западно-Сибирском регионе, так и увлечением рыбалкой и частотой употребления в пищу недостаточно термически обработанной рыбы (язь, чехонь, лещ), выловленной в реках Башкортостана или привезенной из эндемичных по описторхозу регионов. Помимо использования свежей и вяленой в домашних условиях рыбы, 9 пациентов (30,0%) указывали на употребление рыбы, купленной в торговых учреждениях (в том числе сетевых).

Клинические проявления острого описторхоза характеризовались неспецифичностью и полиморфизмом симптомов, что создавало значительные сложности в первичной (догоспитальной) диагностике. Большинство пациентов – 12 чел. (40,0%) поступало в инфекционный стационар с направительным диагнозом «геморрагическая лихорадка с

почечным синдромом?», что связано с эпидемическим сезоном данной природно-очаговой патологии в республике. Диагноз «описторхоз» при направлении был отмечен у 9 чел. (30,0%), после лабораторного подтверждения на догоспитальном этапе или поступлении больных из семейного очага. Пациенты с клиникой поражения гепатобилиарной системы госпитализировались с диагнозом «вирусный гепатит» – 6 чел. (20,0%). С диагнозом «ОРВИ» были направлены 3 больных (10,0%).

Инкубационный период варьировал от 2 до 6 недель с момента употребления зараженной рыбы. Длительность заболевания на момент поступления в стационар составляла от 3 до 60 дней. У половины больных (50%) описторхоз протекал по тифоподобному варианту, у 13 чел. (40,3%) диагностированы гепатохолангитический, у 2 больных (6,7%) – гастроэнтеритический варианты. Заболевание у всех пациентов характеризовалось острым началом, повышением температуры тела до фебрильных цифр у 29 чел. (96,7%), слабостью, миалгиями, артралгиями, головной болью (табл. 1).

Таблица 1

Клинико-лабораторная характеристика острого описторхоза

Признак	Кол-во больных	
	абс.	отн. (%)
<b>Клинические признаки</b>		
Лихорадка	29	96,7
Боли в животе	15	50,0
Гепатомегалия	15	50,0
Желтуха	13	43,3
Катаральный синдром	8	26,7
Боли в пояснице	6	20,0
Рвота	5	16,7
Жидкий стул	4	13,3
Зуд кожи	3	10,0
Спленомегалия	2	6,7
Выпот в брюшную полость	2	6,7
Сыпь	1	3,3
<b>Лабораторные показатели</b>		
Эозинофилия	30	100,0
Повышение активности АлАТ, АсАТ	26	86,7
Лейкоцитоз	21	70,0
Повышение уровня ГГТ, ЩФ	15	50,0
Гипербилирубинемия	13	43,3

Катаральный синдром в виде гиперемии ротоглотки, сухого кашля был отмечен у 8 больных (26,7%). На зуд кожи жаловались 3 чел. (10,0%). В тоже время, экзантема наблюдалась только у 1 пациента (3,3%). У всех больных (100,0%) в гемограмме обнаружена эозинофилия, которая колебалась в пределах от 9 до 60%. Кроме того, у 21 чел. (70,0%) отмечалось повышение лейкоцитов от  $10$  до  $27 \times 10^9/\text{л}$ .

Поражение органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у наблюдаемых нами пациентов проявлялось диспепсическим синдромом в виде рвоты у 5 чел. (16,7%), жидкого стула у 4 чел. (13,3%). Абдоминальный синдром манифестировал тяжестью в правом подреберье и болью в эпигастральной области у 15 чел. (50,0%). У 2 пациентов (6,7%) при УЗИ ОБП выявлен выпот в брюшную полость в объеме 30-50 мл. Гепатобилиарная система, протоки поджелудочной железы, в ранней стадии болезни являются местом созревания и размножения описторхисов, вследствие чего в них обнаруживаются морфологические и гистохимические изменения, свойственные острому гепатиту и панкреатиту. Диффузные или очаговые изменения ЖКТ в виде эозинофильной инфильтрации также характерны и особенно выражены в двенадцатиперстной кишке [8].

Гепатомегалия при физикальном исследовании отмечена у половины больных (15 чел.), спленомегалия - только у двоих пациентов (6,7%), в тоже время, при УЗИ ОБП - у 18 (60,0%), и 9 (30,0%), соответственно. Цитолитический синдром с повышением активности трансаминаз (в среднем в 10-20 раз выше нормы) наблюдали у преобладающего числа больных - 26 (86,7%). Максимальные показатели АЛАТ достигали 882,2 ед/л (норма 42 ед/л), АсАТ - 686,0 ед/л (норма 37 ед/л). Повышенные значения гамма глутаматтрансферазы (ГГТ) и щелочной фосфатазы (ЩФ) зарегистрированы у половины больных. Данные УЗИ ОБП демонстрировали признаки внутрипеченочного холестаза у 8 пациентов (26,7%), дисхолии - у 4 чел. (13,3%).

Среди обследованных нами пациентов у 13 чел. (43,3%) была диагностирована желтушная форма гепатохолангитического варианта острого описторхоза. Выраженность желтухи варьировала в значительных пределах - от субиктеричности склер и мягкого неба до интенсивного окрашивания кожных покровов. Манифестация синдрома желтухи наблюдалась на 3-13 день болезни. Длительность желтухи в среднем составляла 8-10 дней и нередко сочеталась с зудом кожи. Максимальное значение билирубинемии достигало  $235,0$  мкмоль/л.

Изменения эхогенной структуры поджелудочной железы при УЗИ ОБП выявлены у 18 пациентов (60,0%). Механизм поражения поджелудочной железы при описторхозе неоднозначен и обусловлен анатомо-функциональной связью с гепатобилиарной системой, а также присутствием

в протоке поджелудочной железы описторхисов и их метаболитов, индуцирующих иммунное воспаление [1].

Диагноз «острого описторхоза» у обследованных больных подтверждался выявлением специфических антител класса IgM к описторхисам методом ИФА, титр которых варьировал от 1:400 до 1:1600. Положительные результаты при трехкратном исследовании кала на яйца глист были получены только у 5 пациентов (16,7 %).

Всем больным проводилась комплексная терапия: этиотропная, патогенетическая, симптоматическая. В качестве специфического этиотропного средства использовался празиквантель («Бильтрицид®») в дозе 75 мг/кг в сутки в течение 1 дня в 3 приема с интервалом в 4 ч. Дезинтоксикационная терапия включала внутривенные инфузии глюкозо-полярризующей смеси, солевых растворов (ацесоль, стерофундин), аскорбиновую кислоту. Больным с повышенными печеночными ферментами проводили гепатопротективную терапию: препараты адеметионина и глицирризированной кислоты. Использовали холеретические (препараты урсодезоксихолевой кислоты, серноокислая магнезия), антигистаминные (хлоропирамина гидрохлорид, димедрол), смазмолитические и дигестивные (препараты панкреатина) средства.

Выводы.

1. В Республике Башкортостан зарегистрирован подъем заболеваемости острым описторхозом за короткий период времени (с мая по сентябрь 2017).

2. В эпидемиологии описторхоза имеют значение употребление в пищу рыбы как местной, выловленной в водоемах Башкортостана, так и завезенной из регионов, эндемичных по описторхозу.

3. Среди обследованных больных преобладали мужчины (70%), что связано, преимущественно, с работой вахтовым методом в Западно-Сибирском регионе и увлечением рыбной ловлей.

4. У наблюдаемых больных с наибольшей частотой диагностировался тифоподобный (50,0%) и гепатохолангитический (40,3%) варианты течения острой фазы описторхоза.

5. Определяющее значение в диагностике острого описторхоза принадлежит серологическому методу диагностики (ИФА).

#### Список литературы

1. Чемич Н.Д., Ильина Н.И., Захлебаева В.В., Шолохова С.Е. Особенности описторхоза в природном очаге // Актуальная инфектология – 2014, №2. - С. 72-77.

2. Филимонова Л.А., Борисенко Н.А. Описторхоз, клинические проявления // Сибирское медицинское обозрение – 2006, №6. – С. 8-12.

3. Григорьева И.Н. Описторхоз: традиции и инновации // Клиническая фармакология – 2012, №4. – С. 54-58.

4. Габитов Р.Х., Хасанова Г.М., Янгуразова З.А. Правовое регулирование обеспечения безопасности окружающей среды / Актуальные вопросы экологии человека: сборник научных статей участников Всероссийской научно-практической конференции с международным участием – Уфа: ИЦИПТ. - 2015. - С. 141-145.

5. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 12 декабря 2016 г. №179 г. Москва «О предупреждении распространения паразитозов, передающихся через рыбу и рыбную продукцию, в Российской Федерации».

6. Хазиева Г.З., Сагитова А.С., Гайнуллина И.Р., Аюханов А.М., Самойленко Т.П. Распространенность описторхоза в республике Башкортостан / Материалы I Международной юбилейной конференции «Актуальные проблемы инфектологии и паразитологии» - Томск, - 2001. – С. 147.

7. Кузнецов В.Г., Краснова Е.А., Патурина Н.Г. Описторхоз в клинической практике врача-инфекциониста // Лечащий врач – 2013, №6. – С. 74-79.

8. Аринжанов А.Е., Лядова А.Ю. Описторхоз: эпидемиология, профилактика, лечение // Территория науки – 2016, №6. - С 7-13.

© Хабелова Т.А., Валишин Д.А., Кутуев О.И., Просвиркина Т.Д., Ларшутин С.А., Юсупова З.М., 2018.