

**4/2007**

# СУЧАСНІ ІНФЕКЦІЇ

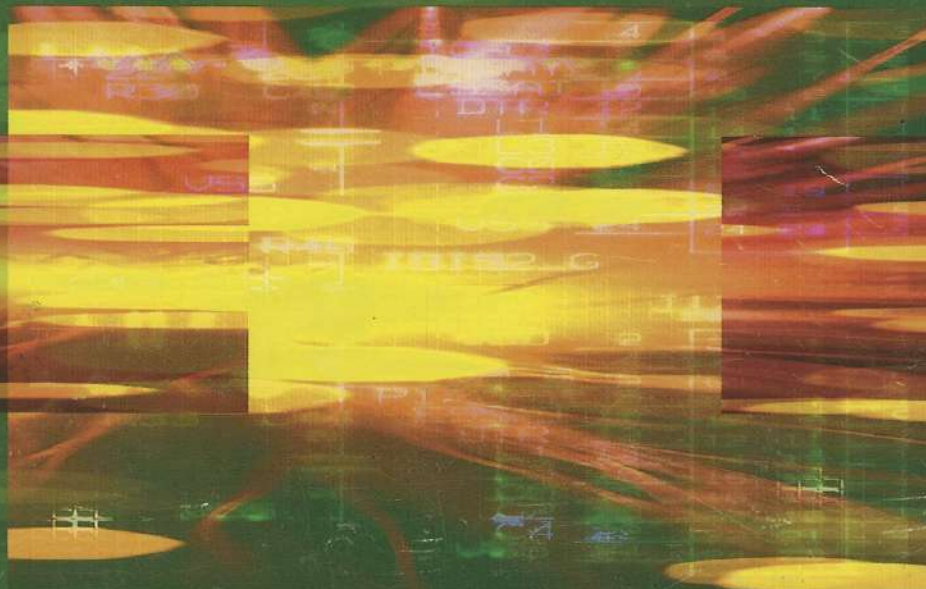
**На допомогу практичному лікарю**

**МОЗ повідомляє**

**Оригінальні дослідження**

**Випадки з практики**

**Огляди, лекції**





## ВИПАДКИ З ПРАКТИКИ

УДК:616.995.122.21

## РОДИННИЙ СПАЛАХ ОПІСТОРХОЗУ

О.В. ВІННИЦЬКА, Д.М. ДУДАР

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,  
кафедра інфекційних хвороб, зав. кафедри доцент А.М.Печінка,  
Міська клінічна лікарня №9, інфекційне відділення, м. Київ

КЛЮЧОВІ СЛОВА:

опісторхоз, жовтяниця, еозинофілія

Опісторхоз — природно-вогнищевий біогельмінтоз, що протікає з переважним ураженням гепатобіліарної системи та підшлункової залози. Опісторхоз викликається двома схожими за будовою трематодами: *Opisthorchis felinus* та *Opisthorchis viverrini*.

Збудники мають досить складний цикл розвитку, зі зміною двох проміжних хазяїв — молюсків роду *Bithynia*, та риб родини карпових (линь, лящ, вобла, сазан, в'язь). Кінцевими хазяїнами виступають людина та інші ссавці, в раціон яких входить риба — лисиця, кіт, норка, водяні щури та ін. Зараження людини відбувається при вживанні в їжу зараженої метацеркаріями гельмінта риби, яка пройшла недостатню кулінарну обробку. Опісторхоз — один з найбільш поширених гельмінтозів. Найбільше природне вогнище опісторхозу сформувалося в Обсько-Іртишському річковому басейні, де ураженість місцевого населення досягає 90%. В Україні вогнища опісторхозу реєструються в басейнах рік Дніпро, Десна, Південний Буг, Сіверський Донець, що територіально охоплює більше ніж 20 областей України, але ендемічними зонами вважаються Сумська та Полтавська області.

Враховуючи те, що статевозрілі форми гельмінтів паразитують у жовчовивідних шляхах, опісторхоз може протікати під ма-

скою інших хвороб гепатобіліарної системи, що вимагає проведення диференційної діагностики з досить широким колом хвороб інфекційної та неінфекційної природи — вірусними гепатитами, харчовими токсикоінфекціями, лептоспірозом, кишковим ієрсиніозом, псевдотуберкульозом, холециститами, панкреатитами. Відсутність специфічних клінічних ознак у деяких випадках призводить до певних труднощів при діагностиці опісторхозу, що має серйозні наслідки, адже хронічний опісторхоз може призводити до розвитку біліарного цирозу та холангіогенного раку.

Нижче представленими випадками ми хочемо проілюструвати складність діагностики опісторхозу. Всі троє пацієнтів напередодні хвороби відвідували весілля, після чого захворіли приблизно в однакові строки та звертались до різних медичних закладів, де були встановлені різні діагнози. Сумація цих трьох випадків у єдиний спалах була проведена нами на підставі ретельно зібраного епідеміологічного анамнезу з урахуванням ендемічності Полтавської області з опісторхозу та проведенні паралелей між клінічними картинами хвороби всіх трьох пацієнтів.

Пацієнтка З., 48 років, прибиральниця, соціально адаптована, поступила до інфекційного стаціонару 25 жовтня 2007 року на третій день хвороби зі скаргами на загаль-



ну слабкість, біль у животі, діарею, нудоту, лихоманку. Вважала себе хворою з 23 жовтня, коли з'явився біль у проекції підшлункової залози, відмічалось 4-разове послаблення стулу, приймала фестал, активоване вугілля. 24 жовтня підвищилась температура тіла, з'явилась ломота в тілі, було одноразове блювання, зберігалось послаблення стулу, наступного дня помітила потемніння сечі. За медичною допомогою вперше звернулася 25 жовтня, викликавши машину швидкої допомоги, лікар якої взяв до уваги факт потемніння сечі та наявність піелонефриту в анамнезі, доставив пацієнтку до урологічного відділення. Внаслідок результатів загального аналізу сечі та УЗД нирок, черговий уролог виключив наявність урологічної патології та рекомендував консультацію хірурга. Хірург, у свою чергу, також виключив наявність гострої хірургічної патології. Після описаних мандрів хвора з діагнозом "гострий гастроентерит" була доставлена до інфекційного відділення МКЛ №9.

Під час огляду у приймальному передпоясній діагностичній кабінеті гострого ентероколіту викликав сумніви, оскільки провідними симптомами були підвищення температури тіла  $39,9^{\circ}\text{C}$ , іктеричність шкіри та склер, збільшення печінки до  $+3$  см від краю правої реберної дути по середньоключичній лінії, підвищена чутливість при пальпації за ходом тонкого кишечника, темний колір сечі. За 2 тижні до початку хвороби відвідувала весілля в Полтаві з відповідним стилем харчування. Отже, з огляду на вищезначене, в першу чергу необхідним здавалося виключення токсичного гепатиту та обтураційної жовтяниці.

Після отримання результатів перших лабораторно-інструментальних досліджень було виявлено нейтрофільний лейкоцитоз  $10,9 \times 10^9/\text{л}$ , ШОЕ —  $28$  мм/год в гемограмі; у біохімічному аналізі крові — загальний білірубін —  $80,0$  ммоль/л за рахунок непрямого (41,6), незначне підвищення рівня трансаміназ, у тому числі і в розведенні АЛТ —  $2,7$  ммоль/лхгод, 1:10 —  $4,7$  ммоль/лхгод; АСТ —  $1,4$  ммоль/лхгод. При УЗД органів черевної порожнини — гепатоспленомегалія, дифузні зміни в печінці за типом гепатиту, хронічний панкреатит, холангіт. Був призначений цефтріаксон у дозі 1г двічі на добу внутрішньом'язово, ентеросгель, антигістамінні препарати, спазмолітики.

За три дні температура тіла знизилась до субфебрильних цифр  $37,3^{\circ}\text{C}$ , проте продовжували зберігатись лейкоцитоз, підвищення ШОЕ, підвищення трансаміназ, наростала жовтяниця, з'явилися ознаки холестазу — шкірний свербіж, підвищення лужної фосфатази. До лікування додано урсофальк, дюспаталін.

Для більш зручного сприйняття динаміки деяких біохімічних показників та гемограми наводимо їх у вигляді таблиць.

При обстеженні на лептоспіроз (РМАЛ), ієрсиніози (РНГА з псевдотуберкульозним та ієрсиніозним діагностикумами), вірусні гепатити (маркери ВГА, ВГВ, ВГС) отримані негативні результати. Також проводилась диференціальна діагностика з автоімунним гепатитом та цирозом, визначались антимітохондріальні антитіла АМА-M2 —  $12$  МО/мл (норма до  $10$  МО/мл) та антинуклеарні антитіла ANA — позитивні. При чотириразовому проведенні УЗД органів черевної порожнини постійно відмічались гепатоспленомегалія, збільшення внутрішньочеревних лімфатичних вузлів

Отже, діагностичний пошук проводився досі різноспрямовано, доки на третьому тижні перебування на стаціонарному лікуванні в черговому загальному аналізі крові не було вперше зафіксовано підвищення рівня еозинофілів до 30%, який і надалі продовжував наростати. За таких обставин спала думка про наявність у пацієнтки опісторхозу, на користь якого також свідчили дані більш прискіпливо зібраного епідеміологічного анамнезу. Під час опиту з'ясувалось, що пацієнтка часто перебуває в Полтавській області, де сама готує та споживає в'ялених язів, виловлених з річки Сула, саме таким чином приготвлені язи були у весільному меню. Хочемо підкреслити, що при триразовому гельмінтологічному дослідженні калу жодного разу яйця гельмінтів виявлені не були. В зв'язку зі складностями не відразу вдалось провести дуоденальне зондування. Нарешті 16 листопада настав момент істини, — при дуоденальному зондуванні в порції С виявлені яйця *Opisthorchis felinus*. Призначено більтрицид у добовій (вона ж курсова) дозі з розрахунку  $50$  мг/кг ваги тіла в три прийоми з інтервалом 5 годин.

patient history

examination



Таблиця 1

Динаміка біохімічних показників хворої З., 48 років.

	25.10	5.11	22.11
загальний білірубін, мкмоль/л	80,0	139,1	61,4
АЛТ, мкмоль/мл·год (у розведенні 1:10)	2,7 (4,7)	3,5	5,44
АСТ, мкмоль/мл·год	1,4	0,55	2,8
сечовина, ммоль/л		2,94	3,01
креатинін, ммоль/л		79	69
лужна фосфатаза, од/л			4628
тимолова проба, од		6,8	5,0
загальний білок, г/л		73,2	

Після проведення етіотропного лікування нормалізувалась температура тіла, почала регресувати іктеричність, зменшуватись у розмірах печінка. Виписана 23 листопада за наполяганням з заключним діагнозом: гострий опісторхоз, важкий перебіг.

Пацієнт П., 24 років, економіст, поступив до інфекційного стаціонару МКЛ№9 16 листопада 2007 року на четвертий день хвороби зі скаргами на загальну слабкість, лихоманку. Вважав себе хворим з 12 листопада, коли з'явилась лихоманка до 38 °С, кашель. За медичною допомогою вперше звернувся 15 листопада, в поліклініці було проведено загальний аналіз крові (на тлі незначного лейкоцитозу 20% еозинофілів) та рентгенографію органів грудної клітки (посилення легеневого рисунка), на підставі чого дільничний терапевт діагностував "еозинофільну пневмонію, гепатит?" та направив хворого на

Таблиця 2

Динаміка гемограми хворої З., 48 років.

	26.10	8.11	15.11	22.11
лейкоцити, 10 <sup>9</sup> /л	10,9	16,1	9,8	9,9
паличкоядерні, %	7	3	3	5
сегментоядерні, %	75	45	20	32
моноцити, %	6	6	7	2
лімфоцити, %	9	12	17	22
еозинофіли, %	3	30	52	39
базофіли, %		4	1	
ШОЕ, мм/год	28	58	38	27

госпіталізацію до інфекційного стаціонару. Під час огляду звернули на себе увагу іктеричність склер, збільшення печінки до +2 см від правої реберної дуги по середньоключичній лінії. Враховуючи епідеміологічний анамнез — перебування матері пацієнта в інфекційному відділенні з діагнозом "гострий опісторхоз", відвідування родичів у Полтавській області, гостювання на тому самому веселі в Полтаві, а також подібність клінічної картини з проявами хвороби у матері, було діагностовано опісторхоз. Діагноз підтверджено лабораторно за наявності в жовчі яєць *Opisthorchis felineus*. Наведемо деякі показники гемограми та біохімічного аналізу крові хворого. Лейкоцити крові — 14,5x10<sup>9</sup>/л, еозинофіли — 36%, ШОЕ — 16 мм/год, загальний білірубін — 47,5 мкмоль/л, прямий білірубін — 30,0 мкмоль/л, АЛТ — 305 мкмоль/л, АСТ — 1,62 мкмоль/л. Лікування проводилось також бильтрицидом. Виписаний у задовільному стані 23 листопада за наполяганням з заключним діагнозом: гострий опісторхоз, середньоважкий перебіг.

Пацієнтка М., 21 року, студентка, звернулася до інфекційного стаціонару МКЛ№9 19 листопада 2007 року. З анамнезу хвороби відомо, що вважає себе хворою приблизно з 10 жовтня 2007, коли поступово з'явилися та наростили загальна слабкість, зниження апетиту, згодом відмітила жовтяницю, потемніння сечі, турбував біль у животі. 26 жовтня була госпіталізована до гепатологічного центру м. Києва з діагнозом "вірусний гепатит". Під час перебування на стаціонарному лікуванні були проведені загальноклінічні дослідження, в яких звертала на себе увагу еозинофілія (13%) та прискорення ШОЕ до 31 мм/год, помірна білірубінемія (46,6 мкмоль/л) та підвищення рівня трансаміназ (АЛТ — 322 u/l, АСТ — 176 u/l). Також було проведено дослідження крові на наявність маркерів вірусних гепатитів, отримано негативні результати. Виписана 2 листопада 2007 року за наполяганням з діагнозом "гострий гепатит нез'ясованої етіології".

Оскільки мати та брат пацієнтки знаходились на лікуванні в інфекційному відділенні МКЛ№9 з підтвердженим лабораторно діагнозом опісторхозу, то в подальшому хвора була госпіталізована до цього медичного закладу, де був підтверджений



діагноз опісторхозу, проведено етіотропне лікування, пацієнтка виписана за наполяганням в задовільному стані з діагнозом "опісторхоз, середньоважкий перебіг".

Отже, для цієї родини відвідини весілля закінчились відносно щасливо. Однак була ще одна учасниця того ж свята — дружка, яка мала схожу клінічну картину та одночасно з пацієнткою М. поступила до гепатологічного центру з діагнозом "вірусний гепатит", виписана з діагнозом "гострий гепатит неуточненої етіології". Обстеження на опісторхоз не було проведене у зв'язку з тим, що хвора відмовилася від подальшого лікування та обстеження.

Таким чином, у всіх пацієнтів спостерігались синдром жовтяниці, гепатоспленомегалія, больовий синдром у жи-

воті, в гемограмі відмічались помірний лейкоцитоз та прискорення, іноді значне, ШОЕ; еозинофілія спостерігалась на 2-3 тижні хвороби, у жодного з пацієнтів не було визначено яєць гельмінтів у калі, а лише при дуоденальному зондуванні та лише в порції С.

Всі перераховані клініко-лабораторні ознаки, а також факт перебування членів однієї родини на весіллі та вживання в'ялених язів дали нам змогу об'єднати ці три випадки у родинний спалах опісторхозу.

Наведені випадки ілюструють обсяг та особливості діагностичного пошуку для встановлення діагнозу у пацієнтів з жовтяницею. Пропонуємо згадати про існування гострого опісторхозу, одним із проявів якого є токсико-алергічний гепатит.

\*\*\*

УДК:616.995.122.21

Е.В. Винницькая, Д.Н. Дудар

**СЕМЕЙНАЯ ВСПЫШКА ОПИСТОРХОЗА**

Описана семейная вспышка описторхоза, проанализированы эпидемиологические, клинические и лабораторные проявления заболевания у трех пациентов, ошибки дифференциальной диагностики.

UDC:616.995.122.21

E.V. Vinnitskaja, D.N. Dudar

**FAMILY FLASH OF OPISTHORHOSIS**

Family flash of opisthorhosis is described, epidemiological, clinical and laboratory displays of disease at three patients, mistakes differential diagnostics are analysed.