

Голубовская О.А.¹, Гайнудинова Т.Э.¹, Градобик А.А.¹, Гудзенко О.А.², Шестакова И.В.²

¹ Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев, Украина

² Александровская больница, Киев, Украина

Golubovska O.¹, Gaynudinova T.¹, Gradobik A.¹, Gudzenko O.², Shestakova I.²

¹ Bogomolets National Medical University, Kiev, Ukraine

² Alexandrovskaya Hospital, Kiev, Ukraine

Семейная вспышка острого описторхоза в г. Киеве: особенности ранней диагностики

An outbreak of acute opisthorchiasis in a Kiev family:
particularities of early diagnosis

Резюме

Описана семейная вспышка острого описторхоза у жителей Киева после употребления речной рыбы домашнего посола, завезенной из эндемичного региона Украины. У 4 из 5 пациентов заболевание протекало в манифестной форме: острое начало, лихорадка, боль в животе, увеличение печени и селезенки, желтуха. Типичными лабораторными проявлениями были гипербилирубинемия с преобладанием прямой фракции, умеренное повышение уровня трансфераз, лейкоцитоз и эозинофилия в общем анализе крови. Обсуждены вопросы дифференциальной и лабораторной диагностики, трудности верификации диагноза в острый период болезни, ведения пациентов с острым описторхозом.

Ключевые слова: *Opisthorchus felineus*, острый описторхоз, вспышка, клиника, диагностика.

Resume

An outbreak of acute opisthorchiasis in a Kiev family, caused by consumption of home-pickled freshwater fish imported from endemic regions of Ukraine, is described in the article. Symptomatic disease occurred in 4 patients out of 5. The most common manifestations included acute onset, fever, stomach ache, enlarged liver and spleen, jaundice. Typical laboratory changes were hyperbilirubinemia with a predominance of direct one, a moderate increase in the level of transferases, leukocytosis and eosinophilia in CBC. Differential and laboratory diagnosis, difficulty in verifying the diagnosis in the acute phase of the disease, and case management of acute opisthorchiasis are discussed.

Keywords: *Opisthorchus felineus*, acute opisthorchiasis, outbreak, manifestations, diagnosis.

■ ВВЕДЕНИЕ

Описторхоз – природно-очаговый биогельминтоз, характеризующийся хроническим течением с преимущественным поражением гепатобилиарной системы и поджелудочной железы. Медицинская и социальная значимость заболевания определяется высокой забо-

леваемостью в мире, и в частности в Украине, распространением инвазии на новые, неэндемичные ранее территории, неспецифическими клиническими проявлениями как в острой, так и в хронической стадии, часто – многолетним бессимптомным течением, серьезным прогнозом с высокой вероятностью развития гнойного холангита, фиброза печени, холангиокарциномы спустя 20–30 лет после заражения [5–7, 10, 15].

Возбудителями описторхоза являются несколько видов сосальщиков, которые относятся к семейству Opisthorchiidae, классу Trematoda типу Plathelminthes. Эпидемиология паразитоза определяется рядом экологических факторов, обеспечивающих жизненный цикл возбудителя (наличие природных водоемов, загрязненных фекалиями животных и человека), социальными условиями (бедность, пренебрежение ветеринарными стандартами кормления домашних животных), пищевыми традициями [19].

По оценкам экспертов, в настоящее время от 17 до 45 млн человек в мире инвазированы этими гельминтами и до 600–750 млн человек в странах Евразии составляют группу риска [2, 8, 11]. Предполагают, что реальная заболеваемость превышает данные официальной статистики, так как у большинства пациентов гельминтоз протекает субклинически или проявляется неспецифическими симптомами, что затрудняет диагностику [20]. Патология является эндемичной для многих стран бывшего Советского Союза, Юго-Восточной Азии, Китая, Манчжурии. Однако в течение последних 50 лет эти паразиты все чаще колонизируют новые территории, где болезнь ранее никогда не регистрировалась. Так, *Opisthorhis felinus* был обнаружен у человека в Германии и Греции, в организме красной лисы, хорька, кошки, собаки, рыбы и моллюсков в Германии, Италии, Польше, Португалии, Испании [14, 16]. Есть сообщения о случаях описторхоза в Канаде, США, Израиле и других странах. Предполагают, что паразиты в течение ряда лет могли циркулировать в этих регионах, не вызывая выраженных манифестных форм болезни.

В Украине доминирующим возбудителем описторхоза является *O. felinus*. Развитие *O. felinus* происходит с тройной сменой хозяев: первого промежуточного (моллюски рода *Codiella*), второго промежуточного, или дополнительного, (пресноводные рыбы семейства карповых) и окончательного (различные виды домашних и диких млекопитающих, а также человек, в рацион которого входит рыба). Человек заражается описторхозом, употребляя в пищу недостаточно вымороженную или термически обработанную рыбу, инвазированную метацеркариями паразита [4, 2].

Наиболее высокая распространенность этой инвазии регистрируется в России, Беларуси и Украине [1]. Самый крупный очаг описторхоза в мире – Обь-Иртышский. Он охватывает 15 областей и краев России и Восточного Казахстана с максимальным уровнем заболеваемости в Тюменской, Томской областях, Ханты-Мансийском автономном округе, где пораженность населения в отдельных районах достигает 85–95% [9].

В Украине, в бассейне Днепра с притоками (Псел, Сула, Сейм, Ворскла и др.), находится второй в мире по величине эндемический очаг описторхоза [24]. Высокие показатели заболеваемости описторхозом в течение последних лет стабильно отмечаются в бассейнах Сулы и реки Хорол. Болезнь регистрируется во многих областях, но макси-

Миграционные процессы, глобальный туризм, рост импорта рыбы из эндемичных регионов способствуют распространению описторхоза на ранее благополучных территориях [12].

мальная инвазированность населения наблюдается в Северо-Восточном регионе Украины: в Сумской (64%), Полтавской (28%) и Черниговской (3%) областях [23]. О высоком риске заражения населения свидетельствуют результаты исследования окончательных, промежуточных и дополнительных хозяев паразита: зараженность описторхозом плотоядных животных (преимущественно кошек) составляет 32% в бассейнах Днепра, 28% – Южного Буга, 25% – Сиверского Донца, 19% – Десны; зараженность церкариями моллюсков – в пределах 0,3–1,5%, а рыб из семейства карповых метацеркариями – от 3 до 18%. Наиболее поражены лещ (25%), язь (20%), подустка и густера (7%), плотва и красноперка (5%) [21, 25].

Клинические проявления описторхоза неспецифичны, острая стадия паразитоза имеет сходные проявления с острым гепатитом, но обычно не диагностируется, и заболевание переходит в хроническую стадию, которая протекает под маской хронического холецистита или панкреатита, токсико-аллергических реакций и может длиться до 20–30 лет [7]. Дифференциальная диагностика описторхоза довольно сложная, требует исключения многих соматических заболеваний дигестивной системы [3]. У большинства инвазированных людей заболевание протекает бессимптомно, но даже латентное течение может приводить к серьезным последствиям, включая холангиокарциному [13]. По данным эпидемиологических исследований, уровень неопластических заболеваний с локализацией в гепатобилиарной зоне существенно выше в регионах, эндемичных по описторхозу [17]. Поэтому ранняя диагностика описторхоза в острый период болезни и своевременное назначение этиотропной терапии позволяет улучшить отдаленный прогноз и качество жизни пациентов в течение многих лет.

Описание случая

В декабре 2013 г. в приемное инфекционное отделение Александровской клинической больницы г. Киева обратились за медицинской помощью и были госпитализированы пятеро пациентов со сходными жалобами, взрослые, члены одной семьи: молодые супруги, 1991 г.р. (пациент М.) и 1988 г.р. (пациент Р), а также родители и брат одного из супругов 1964, 1966 и 1987 г.р. (пациенты О., В. и А. соответственно). Позже было установлено, что 15.11.2013 и 16.11.2013 они вместе употребляли в пищу речную рыбу язь домашнего посола. Рыба была выловлена в реке Сула вблизи г. Лубны Полтавской обл. и передана в засоленном виде родственникам в Киев.

Первыми 02.12.2013 в инфекционное отделение были госпитализированы пациенты М., 1991 г.р., и Р., 1988 г.р., с направительным диагнозом «вирусный гепатит» и жалобами на повышение температуры тела до 38–39 °С, приступообразные боли в животе, желтушность кожи и слизистых. Пациентка М. заболела 26.12.2013, когда появился дискомфорт в эпигастрии, с 28.12.13 отмечала тошноту, тяжесть в правом подреберье, боли в животе, несколько раз была рвота. 29.12.13 у нее повысилась температура тела до 38,8 °С, потемнела моча. Пациент Р. заболел остро 28.12.2013: повышение температуры тела до 39 °С, отмечал довольно интенсивные приступообразные боли в эпигастрии, потемнение мочи с первых дней болезни. 02.12.2013 появилась желтуха.

На догоспитальном этапе оба пациента обратились к терапевту в районную поликлинику по месту жительства, где им было проведено УЗИ ОБП для исключения механической желтухи, после чего оба были направлены в инфекционное отделение с подозрением на вирусный гепатит. Результаты ИФА позволили исключить острые и хронические вирусные гепатиты. На основании клинических и лабораторных данных (лейкоцитоз, эозинофилия в гемограмме) а также с учетом эпидемиологического анамнеза была заподозрена паразитарная инвазия.

03.12.2013 и 05.12.2013 в инфекционное отделение Александровской клинической больницы были госпитализированы пациенты О., 1966 г.р., и В., 1964 г.р., с похожими жалобами на боли и дискомфорт преимущественно в эпигастральной области, тошноту, ухудшение аппетита и общего самочувствия, лихорадку до 38–39 °С, потемнение мочи с последующим развитием желтухи. Первые симптомы заболевания у них появились 02.12.2013, признаки желтухи отмечались со 2–4-го дня от начала болезни.

10.12.2013 на 7-й день болезни в порядке самообращения в инфекционное отделение АКБ был госпитализирован еще один член семьи – пациент А., 1987 г.р., с жалобами на ощущение тяжести и дискомфорта в правом подреберье. В дальнейшем заболевание у пациента протекало с умеренно выраженным диспептическим и гепатолиенальным синдромом, другие клинические проявления, в том числе желтуха, отсутствовали. Следует отметить, что основной причиной обращения пациента А. за медицинской помощью было то, что его 4 родственника на этот момент уже были госпитализированы в инфекционное отделение и обследовались на предмет исключения описторхоза, а у пациентки М. в анализе кала от 06.12.2013 были обнаружены яйца *O. felinus*.

Таким образом, у 4 из 5 пациентов состояние при поступлении было расценено как среднетяжелое, в клинической картине доминировали

Таблица 1
Пациент М.: гемограмма, биохимические показатели крови в динамике

Показатель	Дата 02.12	Дата 13.12	Дата 16.12
Нб (г/л)	111	144	135
Эр. (*10 ¹² /л)	4,4	4,8	4,4
Лейк. (×10 ⁹ /л)	3,9	16,0	12,2
базоф., %	–	2	–
– п/я, %	17	2	1
– с/я, %	48	28	39
– эозин., %	13	37	39
– моноц., %	10	6	1
– лимф., %	12	25	20
тромбоциты (*10 ⁹ /л)	131	367	484
СОЭ (мм/ч)	28	35	39
Билирубин общий (мкмоль/л)	11,9	33,2	–
прямой (мкмоль/л)	–	20,6	–
АлТ (Од/л)	209,8	159,8	–
АсТ (Од/л)	84,8	113,4	–

Таблица 2

Пациент Р.: гемограмма, биохимические показатели крови в динамике

Показатель	Дата 02.12	Дата 03.12	Дата 10.12	Дата 17.12
Hb (г/л)	160	148	–	139
Эр. ($\times 10^{12}/л$)	5,3	4,8	–	4,5
Лейк. ($\times 10^9/л$)	4,7	4,1	–	10,6
базоф., %	–	–	–	3
– п/я, %	36	35	–	2
– с/я, %	52	20	–	53
– эозин., %	0	11	–	14
– моноц., %	3	5	–	10
– лимф., %	9	29	–	18
Тромбоциты ($\times 10^9/л$)	105	108	–	338
СОЭ (мм/ч)	12	11	–	47
Билирубин общий (мкмоль/л)	100,6	–	214,3	106,1
прямой (мкмоль/л)	73,9	–	150,8	73,6
АлТ (Од/л)	248,1	–	368,6	249,6
АсТ (Од/л)	134,8	–	310,2	132,3
Щелочная фосфатаза (ОД/л)	–	–	602,1	547,9

острое начало, умеренная лихорадка постоянного типа, боль в животе, диспептический синдром, желтуха. У пациента А. желтуха отсутствовала, температура за время болезни не повышалась, общее состояние было удовлетворительным.

Результаты лабораторных исследований крови приведены в табл. 1–5.

Таблица 3

Пациент О.: гемограмма, биохимические показатели крови в динамике

Показатель	Дата 03.12	Дата 05.12	Дата 10.12	Дата 13.12	Дата 17.12
Hb (г/л)	131	132	–	123	120
Эр. ($\times 10^{12}/л$)	4,4	4,3	–	4,1	4,1
Лейк. ($\times 10^9/л$)	8,0	5,3	–	10,0	10,9
базоф., %	–	1	–	1	3
– п/я, % метамиелоц., %	2	17 1	–	1	1
– с/я, %	88	72	–	51	48
– эозин., %	1	4	–	15	24
– моноц., %	3	1	–	4	3
– лимф., %	6	4	–	28	21
тромбоциты ($\times 10^9/л$)	145	100	–	259	352
СОЭ (мм/год)	20	–	–	48	56
Билирубин общий (мкмоль/л)	34,2	113,4	–	60,8	–
прямой (мкмоль/л)	10,2	82,8	–	42,2	–
АлТ (Од/л)	26,6	110,7	–	172,1	–
АсТ (Од/л)	31,2	102,8	–	199,1	–
Щелочная фосфатаза (ОД/л)	–	–	307,8	–	–
ГГТП (ОД/л)	23,5	–	117,9	–	–

Таблица 4

Пациент В.: гемограмма, биохимические показатели крови в динамике

Показатель	Дата 05.12	Дата 13.12	Дата 16.12
Hb (г/л)	174	147	147
Эр. ($\times 10^{12}/л$)	5,7	4,6	4,8
Лейк. ($\times 10^9/л$)	14,2	34,8	17,7
базоф., %	–	1	–
– п/я, %	6	1	1
– с/я, %	65	32	38
– эозин., %	10	47	38
– моноц., %	4	5	2
– лимф., %	15	14	21
тромбоциты ($\times 10^9/л$)	177	232	275
СОЭ (мм/год)	32	39	30
Билирубин общий (мкмоль/л)	97,3	46,8	–
прямой (мкмоль/л)	70,7	27,8	–
АлТ (Од/л)	264,2	176,8	–
АсТ (Од/л)	79,7	88,6	–

Таблица 5

Пациент А.: гемограмма, биохимические показатели крови

Показатель	Дата 10.12
Hb (г/л)	153
Эр. ($\times 10^{12}/л$)	4,9
Лейк. ($\times 10^9/л$)	7,1
– п/я, %	3
– с/я, %	61
– эозин., %	12
– моноц., %	6
– лимф., %	18
тромбоциты ($\times 10^9/л$)	127
СОЭ (мм/год)	14
Билирубин общий (мкмоль/л)	13,9
прямой (мкмоль/л)	6,3
АлТ (Од/л)	282,7
АсТ (Од/л)	136,8

По данным УЗИ ОБП у пациентов были выявлены увеличение размеров печени и селезенки, снижение эхогенности печени, что расценивалось как УЗИ-признаки острого гепатита. При этом у всех обследованных больных имелось утолщение стенки желчного пузыря, застойные явления в желчном пузыре, у 3 из 5 описаны признаки холангита, утолщение внутрипеченочных желчных ходов. Рентгенография ОГК не выявила инфильтративных изменений в легких ни у одного из обследуемых. Серологические маркеры вирусных гепатитов А, В, С, Е, по данным ELISA, были негативны у всех пациентов, что позволило исключить как острые, так и хронические вирусные гепатиты.

Таблица 6
Основные симптомы и лабораторные показатели у обследованных больных

Клинические и лабораторные проявления болезни	Пациент М.	Пациент Р.	Пациент О.	Пациент В.	Пациент А.
Острое начало	+	+	+	+	-
Лихорадка	+	+	+	+	-
Интоксикационный синдром	+	+	+	+	-
Боль в животе	+	+	+	+	+
Дискомфорт, тяжесть в правом подреберье и эпигастрии	+	+	+	+	+
Тошнота	+	+	+	+	-
Рвота	+	-	-	-	-
Снижение аппетита	+	+	+	+	-
Желтуха	+	+	+	+	-
Увеличение печени	+	+	+	+	+
Увеличение селезенки	+	+	+	+	-
Лейкоцитоз	+	+	+	+	-
Эозинофилия	+	+	+	+	+
Тромбоцитопения	-	+	-	-	+
Ускоренная СОЭ	+	+	+	+	-
Повышение АЛТ	+	+	+	+	+
Повышение АСТ	+	+	+	+	+
Гипербилирубинемия	+	+	+	+	-

Основные клинические, гематологические и биохимические показатели приведены в табл. 6.

По совокупности клинико-лабораторных и эпидемиологических данных у пациентов был заподозрен острый описторхоз, назначено соответствующее паразитологическое обследование.

Первое копроовоскопическое исследование с использованием метода обогащения (эфир-уксусный метод седиментации) было проведено 06.12.2013 (спустя 3 нед. после вероятной инвазии). Яйца *Opisthorchis felineus* обнаружены только у пациентки М. У остальных пациентов яйца гельминтов в кале обнаружены не были.

Повторная микроскопия кала, назначенная через неделю, 12.12.2013 (4-я нед. инвазии), выявила яйца *Opisthorchis felineus* у пациентов О., В., А.

11.12.2013 и 12.12.2013 было проведено дуоденальное зондирование пациентам О., В., А. с последующим микроскопическим исследованием осадка дуоденального содержимого. У пациентки О. обнаружены яйца *Opisthorchis felineus* в желчи. Дуоденальное зондирование пациентке М. не проводилось, учитывая копроскопическое подтверждение диагноза 06.12.2013.

Из-за выраженного болевого синдрома, интенсивности желтухи дуоденальное зондирование пациенту Р. было несколько отсрочено и проведено лишь 19.12.2013, тогда же в желчи, а также в кале обнаружены яйца *Opisthorchis felineus*.

У всех пациентов с целью верификации диагноза проводилось также серологическое обследование. Первое исследование от 04.12.2013

Положительные результаты паразитологического исследования кала были подтверждены главным внештатным паразитологом г. Киева Л.А. Колос.

(3-я нед. инвазии) не выявило суммарных специфических антител к описторхам. Спустя 3 и 6 мес. специфические IgG были обнаружены у всех больных.

Таким образом, у всех пациентов предварительно установленный по клиническим и эпидемиологическим данным диагноз острой стадии описторхоза был верифицирован по результатам паразитоскопического исследования кала и/или желчи, с учетом сероконверсии при исследовании крови на специфические антитела в динамике через 6 мес. после инвазии. У 4 пациентов диагностирована желтушная форма болезни средней степени тяжести, у пациента А. – безжелтушная форма, стертое течение.

Учитывая, что Полтавская область является эндемичной, с уровнем инфицирования населения до 6–7%, а пациенты употребляли рыбу, выловленную в водоеме именно этой области, была попытка определить в ветеринарной лаборатории наличие метацеркарий в остатках солевой рыбы, потребляемой пациентами. Но предоставленные образцы были непригодны для проведения исследования, кроме того, метацеркарии лучше определяются в свежей рыбе, когда сохраняется подвижность личинок (важный признак).

После окончательного подтверждения диагноза описторхоза, купирования интоксикации и на фоне улучшения общего состояния пациентов на 4-й нед. инвазии было проведено специфическое этиотропное лечение: празиквантел (билтрицид) в суточной дозе 75 мг/кг веса в 3 приема сразу после еды с интервалом в 4 ч во второй половине дня. Одновременно были назначены желчегонные препараты. Все препараты перенесли лечение удовлетворительно, побочных действий препаратов отмечено не было. После проведенного этиотропного лечения в течение 1 нед. у пациентов продолжал удерживаться субфебрилитет; умеренный диспептический синдром в виде снижения аппетита, тяжести в правом подреберье (даже болей в верхних отделах живота у пациента Р.), вздутия живота сохранялся около 2–3 нед., что требовало дальнейшего наблюдения гастроэнтеролога в поликлинике по месту жительства.

Через 6 мес. всем пациентам были повторно проведены дуоденальное зондирование с контрольным паразитоскопическим исследованием дуоденального содержимого, копроовоскопия, а также серологическая диагностика в динамике. По результатам исследований яйца *O. felineus* в кале и желчи обнаружены не были. В крови появились и продолжают сохраняться IgG к описторхам (исследование проведено через 6 и 9 мес. от момента заражения). Показатели периферической крови и биохимические показатели полностью нормализовались в течение 3 мес. после проведения специфической терапии.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Семейная вспышка острого описторхоза у 5 жителей Киева возникла в результате употребления речной рыбы язь домашнего посола, завезенной из Полтавской области Украины. Диагноз острого описторхоза установлен на основании эпидемиологического анамнеза, анализа клинических и лабораторных данных, результатов паразитологического исследования кала и дуоденального содержимого, с учетом серокон-

До верификации диагноза все пациенты получали патогенетическое лечение: дезинтоксикационную терапию, антипиретики, спазмолитики, десенсибилизирующие средства. Пациенты придерживались постельного режима и соответствующей диеты № 5.

версии при повторном исследовании специфических антител в крови в дебюте болезни и спустя 6 мес.

Продолжительность инкубационного периода составила от 14 до 18 дней, у одной пациентки он был укорочен до 11 сут. У 4 из 5 пациентов заболевание протекало в манифестной форме и характеризовалось сходными симптомами: острое начало, лихорадка до 38–39 °С постоянного типа в течение 8–10 дней с последующим субфебрилитетом в течение 7–10 дней, приступообразная боль в животе, тяжесть в правом подреберье, тошнота, снижение аппетита, вздутие живота, увеличение печени и селезенки, желтуха. Даже после проведения дегельминтизации у пациентов сохранялся диспептический синдром, в среднем в течение 2 нед.. Наиболее типичными изменениями в гемограмме были эозинофилия, лейкоцитоз, ускоренная СОЭ. У 3 из 5 пациентов отмечена преходящая тромбоцитопения. Следует отметить, что показатели общего анализа крови менялись в зависимости от периода болезни. В первые дни госпитализации (1-я нед. болезни) наблюдался нормоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево (до 36% палочкоядерных нейтрофилов), 2-я нед. болезни характеризовалась лейкоцитозом (до 34×10^9 /л) с гиперэозинофилией (до 47%), повышением СОЭ до 57 мм/ч. Типичные изменения биохимических показателей крови отражали нарушения в гепатобилиарной зоне и были отмечены у всех больных независимо от выраженности клинических симптомов: гипербилирубинемия (до 215 мкмоль/л) с преобладанием прямой фракции, умеренное повышение уровня трансфераз (значение АЛТ не превышало 350 МЕ/л, АСТ – 310 МЕ/л).

Острый период описторхоза и острый вирусный гепатит имеют ряд сходных клинических и биохимических проявлений. В проведении дифференциальной диагностики следует обращать внимание на наличие симптомов и лабораторных показателей, не характерных для вирусных гепатитов: пролонгированная лихорадка, болевой синдром, застойный желчный пузырь по данным УЗИ, эозинофилия и лейкоцитоз в гемограмме, относительно умеренное для острого гепатита повышение трансфераз, негативные результаты серологической диагностики на маркеры вирусных гепатитов. Тщательно собранный эпидемиологический анамнез позволяет не ошибиться в диагнозе.

Верификация диагноза описторхоза в ранней стадии болезни требует учесть, что гельминт достигает половозрелости не ранее 4 нед., поэтому паразитологические исследования желчи и кала на 1-й нед. болезни могут не дать положительного результата. Их следует назначить повторно через 1–2 нед., желательно с использованием методов обогащения.

Специфические суммарные антитела были негативными у всех пациентов на 4-й нед. болезни. Серологическая диагностика острого описторхоза может быть рекомендована только как ретроспективный метод с исследованием крови в динамике через 3–6 мес. после заражения. Обнаружение IgG в крови не может являться критерием эффективности лечения и не требует повторного проведения этиотропного лечения. Обнаружение только одних IgG к описторхам не может являться критерием постановки диагноза описторхоза.

Празиквантел в стандартной дозе 75 мг/кг является эффективным этиотропным препаратом для лечения описторхоза, что подтвердили результаты контрольных паразитологических исследований спустя 6 мес. после дегельминтизации.

Таким образом, описторхоз является актуальным заболеванием для неэндемичных регионов Украины, учитывая миграцию населения, завоз рыбы домашнего приготовления из эндемичных регионов. Учитывая клинический полиморфизм, диагностика описторхоза, особенно на ранних стадиях, крайне затруднительна. Важно диагностировать заболевание и назначить соответствующее лечение в острой фазе, что позволит в дальнейшем избежать хронизации заболевания.

■ ВЫВОДЫ

1. Описторхоз является актуальным заболеванием для жителей Киева. Причиной инвазии человека может служить речная рыба слабого посола, завезенная из гиперэндемичных регионов Украины.
2. Ранняя стадия болезни часто протекает под маской острого гепатита, в дифференциальной диагностике нужно обращать внимание на пролонгированную лихорадку, боль в животе, гепатолиенальный синдром, желтуху за счет преобладания прямой фракции билирубина, умеренное повышение трансаминаз, лейкоцитоз и эозинофилию в гемограмме.
3. Только у 1 пациента из 5 заболевание протекало в стертой форме, без желтухи и лихорадки. Тщательно собранный эпидемиологический анамнез помогает поставить диагноз, особенно – при субклиническом течении острой стадии болезни.
4. Золотым стандартом специфической диагностики остается микроскопия желчи и фекалий. При укороченном, до 2–3 нед., инкубационном периоде негативные результаты овоскопии не исключают диагноз остро го описторхоза и требуют повторного исследования с учетом срока достижения гельминтом половозрелости (4-я нед.).
5. Серологические методы описторхоза имеют вспомогательное значение.
6. Бильтрицид в дозе 75 мг/кг, разделенной в 3 приема, был эффективным у всех пациентов, однако после успешной дегельминтизации может сохраняться диспептический синдром, астенические жалобы, субфебрильная температура в течение 2 нед.

■ ЛИТЕРАТУРА

1. Armignacco, O., Caterini, L., Marucci, G., Ferri, F., Bernardini, G., Natalini Raponi, G., Ludovisi, A., Bossù, T., Gomez Morales, M.A., Pozio, E. Human illnesses caused by *Opisthorchis felinus* flukes // *Italy Emerg. Infect. Dis.* – 2008. – Vol. 14 (12). – P. 1902–5.
2. Control of foodborne trematode infections. Report of a WHO study group. // *World Health Organ Tech Rep Ser.* – 1995. – Vol. 849. – P. 1–157.
3. Crotti, D., D'Annibale, M.L., Crotti, S. *Opisthorchiasis autoctona del Lago Trasimeno (Perugia): descrizione di due episodi epidemici da Opisthorchis felinus e problematiche diagnostiche differenziali* // *Microbiologia Medica.* – 2007. – Vol. 42. – P. 36–41.

4. De Liberato, C., Scaramozzino, P., Brozzi, A., Lorenzetti, R., Di Cave, D., Martini, E., Lucangeli, C., Pozio, E., Berrilli, F., Bossu, T. Investigation on *Opisthorchis felineus* occurrence and life cycle in Italy // *Vet Parasitol.* – 2011. – Vol. 177 (1–2). – P. 67–71.
5. Jae Hoon Lim. Liver Flukes: the Malady Neglected // *Korean J. Radiol.* 2011 May. – Jun; 12 (3): 269–79. Epub 2011 Apr 25.
6. Mairiang, E., Mairiang, P. Clinical manifestation of opisthorchiasis and treatment // *Acta Trop.* – 2003. – Vol. 88. – P. 221–227.
7. Mordvinov, V.A., Furman, D.P. The Digenea parasite *Opisthorchis felineus*: a target for the discovery and development of novel drugs // *Infect Disord Drug Targets.* – 2010. – Vol. 10 (5). – P. 385–401.
8. Mordvinov, V.A., Yurlova, N.I., Ogorodova, L.M., Katokhin A.V. *Opisthorchis felineus* and *Metorchis bilis* are the main agents of liver fluke infection of humans in Russia // *Parasitol Int.* – 2012. – Vol. 61 (1). – P. 25–31.
9. Nakanuma, Y., Sripa, B., Vantanasapt, V., Leong, A-Y., Ponchon, T., Ishak, KG. Intrahepatic cholangiocarcinoma. In: Hamilton SR, Aaltonen LA, editors // *World Health Organization classification of tumors. Pathology and genetics of tumours of the digestive system.* – Lyon, France: IARC Press. – 2000. – P. 173–180.
10. Opisthorchiidosis – a review // *Infect Disord Drug Targets.* – 2010. – Vol. 10 (5). – P. 402–15.
11. Orit Yossepowitch, Tamar Gotesman, Mark Assous, Esther Marva, Reuven Zimlichman, and Michael Dan. Opisthorchiasis from Imported Raw Fish // *Emerging Infectious Diseases.* www.cdc.gov/eid. – Vol. 10, No. 12. – December 2004. – P. 2122–2126.
12. Petney, T.N., Andrews, R.H., Saijuntha, W., Wenz-Mücke, A., Sithithaworn, P. The zoonotic, fish-borne liver flukes *Clonorchis sinensis*, *Opisthorchis felineus* and *Opisthorchis viverrini* // *Int. J. Parasitol.* – 2013. – Vol. 43 (12–13). – P. 1031–46.
13. Pozio, E., Armignacco, O., Ferri, F., Gomez Morales, MA. *Opisthorchis felineus*, an emerging infection in Italy and its implication for the European Union // *Acta Trop.* – 2013. – Vol. 126 (1). – P. 54–62.
14. Sripa, B. Pathobiology of opisthorchiasis: an update // *Acta Trop.* – 2003. – Vol. 88. – P. 209–220.
15. Traverso, A., Repetto, E., Magnani, S., Meloni, T., Natrella, M., Marchisio, P., Giacomazzi, C., Bernardi, P., Gatti, S., Gomez Morales, M.A., Pozio E. A large outbreak of *Opisthorchis felineus* in Italy suggests that opisthorchiasis develops as a febrile eosinophilic syndrome with cholestasis rather than a hepatitis-like syndrome // *J. Clin. Microbiol. Infect. Dis.* – 2012. – Vol. 31 (6). – P. 1089–93.
16. Watanapa, P., Watanapa, W.B. Liver fluke-associated cholangiocarcinoma // *Br. J. Surg.* – 2002. – Vol. 89. – P. 962–970.
17. Вінницька, О.В., Дудар, Д.М. Родинний спалах опісторхозу // *Сучасні інфекції.* 2007. – №4. – С. 116–119.
18. Інфекційні хвороби / ред. Голубовська О.А. – Київ, ВСВ «Медицина». – 2012. – С. 220–224.
19. Мицура, В.М., Додалева, Е.М. Описторхоз: современная клинико-эпидемиологическая характеристика на примере Жлобинского района Гомельской области // *Клиническая инфектология и паразитология.* – 2013. – № 1 (04). – С. 69–74.
20. Павліковська, Т.М., Бодня К.І., Холтобіна Л.В. та ін. Опісторхоз в Україні // *Сучасні інфекції.* – 2005. – № 2. – С. 4–6.
21. Паразитарные болезни человека / ред. Сергиев В.П., Лобзин Ю.В., Козлова С.С., Голубовська О.А. – Санкт-Петербург: «Фолиант». – 2006. – С. 222–234.
22. Чемич, Н.Д., Захлабаева, В.В., Ильина, Н.И., Шолохова, С.Е. Проблема описторхоза в Украине и современные подходы к лечению. // *Медицинская паразитология и паразитарные болезни.* – 2014. – № 1. – С. 45–48.
23. Чемич, Н.Д., Ильина, Н.И., Захлабаева, В.В., Шолохова, С.Е., Кочетков, А.В. Описторхоз в Украине: эпидемиологические и клинические особенности // *Журнал инфектологии.* – 2011. – Том 3. – № 2. – С. 56–62.
24. Шолохова, С.Є., Сніцарь, А.О., Міроненко, В.Б. та ін. Ситуація з опісторхозу в Сумській області та в Україні // *Сучасні інфекції.* – 2004. – № 4. – С. 9–11.