

Чемич, Н.Д. Проблема описторхоза в Украине и современные подходы к лечению /

Н.Д. Чемич, В.В. Ильина, Н.И. Ильина, С.Е. Шолохова // Медицинская

паразитология и паразитарные болезни. — №1. - 2014. — С. 45-48.

Н. Д. Чемич, В. В Ильина, Н. И. Ильина, С. Е. Шолохова

### **Проблема описторхоза в Украине и современные подходы к лечению**

Кафедра инфекционных болезней с эпидемиологией Сумского государственного

университета, г. Сумы, Украина

ГУ «Сумский областной лабораторный центр Госсанэпидслужбы Украины»

**Введение.** Описторхоз широко распространен во многих регионах мира: в России, Украине, Австрии, Германии, Венгрии и других странах. По данным ВОЗ, печеночной трематодой инвазировано около 21 млн. человек на земном шаре [5]. Ежегодно в Российской Федерации выявляется до 40 тысяч случаев. Показатель заболеваемости в 2011 году – 22,37 на 100 тыс. населения [2, 7].

Самый крупный очаг описторхоза в мире – Обь-Иртышский. Он охватывает 15 областей и краев России и Восточного Казахстана с максимальным уровнем заболеваемости в Среднем Приобье, Тюменской, Томской областях, Ханты-Мансийском автономном округе. Пораженность населения в отдельных районах достигает 85-95 % [7].

В Украине, в бассейне Днепра с притоками, находится второй по величине эндемический очаг описторхоза. Болезнь регистрируется во многих областях, но максимальная инвазированность населения наблюдается в Северо-Восточном регионе Украины: в Сумской (64 %), Полтавской (28 %) и Черниговской (3 %) областях. Это обусловлено сочетанием природных и социальных факторов. Особый гидрологический режим (большое количество водных объектов) обеспечивает стойкое функционирование очага описторхоза. Способствует этому также

существование многочисленных биотопов промежуточного хозяина паразита; распространение любительской рыбной ловли; значительный удельный вес рыбы в пищевом рационе населения; сохраняющиеся традиционные особенности поведения населения - употребление в пищу рыбы сырой, слабого посола и недостаточно термически обработанной; употребление сырой рыбы и рыбных отходов плотоядными животными. О высоком риске заражения населения с раннего детства свидетельствуют результаты исследования окончательных, промежуточных и дополнительных хозяев паразита, проведенные за последние 3 года. Так, инвазированность кошек в бассейне Днепра составляет 32 %, Десны – 19 %; моллюсков - 0,3-15 %, рыбы семейства карповых - от 3 до 18 % [6].

Первый очаг описторхоза на территории Сумской области выявлен в 1953 году на реке Ворскла с инфицированностью населения до 61 %. Позже были зарегистрированы интенсивные очаги в районах рек Сулы, Сейма, Десны, где инвазированность населения колебалась от 2 до 18 %, а в некоторых селах достигала 70-80 %. Описторхоз был выявлен в 16 районах области, в 197 населенных пунктах [8].

В связи с этим была принята программа по борьбе с описторхозом. В результате ее реализации разработаны и внедрены новые методы диагностики, лечения, диспансеризации больных описторхозом, проведены мероприятия по оздоровлению очагов. Уже к концу 90-х годов было достигнуто снижение заболеваемости в области описторхозом среди взрослых в 4, детей - в 5 раз, перестали регистрироваться населенные пункты с гиперэндемичным типом поражения (с инвазированностью населения выше 40 %) [8].

Однако ситуация по данному паразитозу остается сложной: в течение 2003 – 2004 гг. заболеваемость возросла в 4 раза и стабилизировалась в последние 5 лет на уровне 29,4 – 39,7 на 100 тыс. населения. За последние 5 лет в Сумской области

выявлено 64 % от общего количества больных описторхозом, зарегистрированных в Украине. Кроме того, в связи с высокой стоимостью лечения количество пролеченных пациентов находится на уровне 49-51 % (в 2012 г. - 39 %).

Болезнь относится к неуправляемым и существенно влияет на здоровье населения. Это обусловлено высоким процентом хронизации, развитием желчекаменной болезни, рака печени вследствие мутагенного эффекта возбудителя, его способности индуцировать пролиферативные процессы [4, 9].

На фоне описторхоза осложняется течение вирусных гепатитов, туберкулеза, шигеллеза и других инфекционных болезней. Причиной этого является дисбаланс в системе иммунитета, ориентированный в условиях хронического описторхоза на поддержание продолжительного симбиоза «хозяин – паразит» [1].

**Цель работы** – проанализировать заболеваемость и определить параметры эпидемического процесса описторхоза в Сумской области Украины, выявить особенности клинического течения и лечения болезни.

**Материал и методы.** Объектом исследования были больные описторхозом, медицинские карты стационарных больных (ф. 003/у), отчетная документация Сумской областной санитарно-эпидемиологической станции.

Методы исследования: клиничко-анамнестические, лабораторные с использованием клинического (Cobas Micros) и биохимического (Cobas Emira) анализаторов; ИФА для определения антител к возбудителю; копроовоскопия формалин-эфирным методом, исследование дуоденального содержимого; инструментальные - ФГДС, УЗИ, фракционное исследование желудочного сока.

### **Результаты собственных исследований и их обсуждение**

Заболеваемость описторхозом в Сумской области высокая и в 22-25,6 раз превышает средние показатели в Украине. Так, если в 2000-2002 гг. инцидентность превышала всеукраинские показатели в 9 раз, то в 2004-2012 гг. - в 24 – 27,5 (в 2010

– в 27,5, в 2011 – в 25,2, в 2012 – в 24). Наблюдается повышение ежегодной заболеваемости с 6,9 на 100 тыс. населения в 2000 году до 21,6 в 2012 при стабильном показателе в Украине (рис. 1).

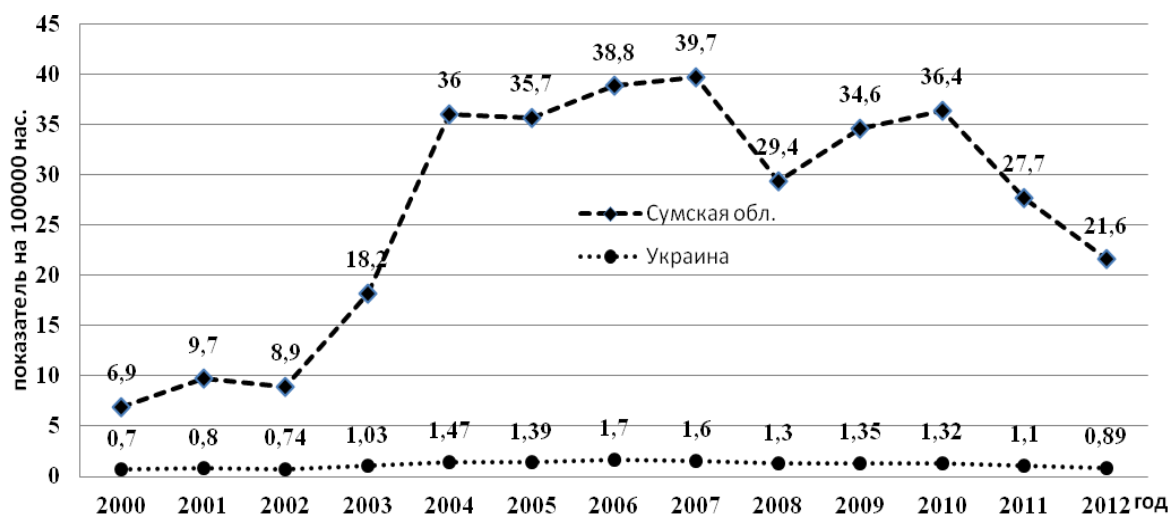


Рис. 1. Показатель заболеваемости описторхозом в 2000-2012 гг.

За период 2004 - 2012 годов в лечебных учреждениях Сумской области обследовано свыше 1,5 млн. человек, из них впервые выявлено 13192 больных описторхозом (табл. 1). Паразитоз зарегистрирован в 117 населенных пунктах, из них в 14 инвазированность населения превышает 3 %.

Таблица 1 - Выявление больных описторхозом за 2004-2012 гг.

Год	На учете на		Обследовано	Выявлено больных		
	всего	в т.ч. детей до 14 лет		всего	в т.ч. впервые	среди детей
2004	780	78	153081	520	437	57
2005	1041	108	172968	736	434	43
2006	1241	118	223380	826	476	46
2007	1316	98	210005	728	480	33
2008	1402	102	209424	647	359	27
2009	1482	65	208827	848	409	11
2010	1332	49	252612	780	426	36
2011	1384	57	241484	614	321	22
2012	1286	51	202226	417	248	11
2013	1298	27				

В 2012 году на описторхоз целенаправленно обследовано 202226 и выявлено 417 больных, из них впервые 248. Уже за 4 месяца 2013 года в области выявлено 103 больных, инцидентность - 8,95 на 100 тыс. населения. Сейчас на учете в

медицинских учреждениях находится 1298 пациентов, из них 27 - дети. 93 % инвазированных проживают в г. Шостка и 7 районах области: Бурынском, В.-Писаревском, Кролевецком, Недригайловском, Роменском, С.-Будском и Шосткинском. Уровень заболеваемости населения в этих районах в 4-7 раз превышает среднеобластные и приближается к наиболее интенсивным очагам Западной Сибири.

В 2004-2012 гг. в Сумской областной клинической инфекционной больнице им. З. И. Красовицкого находилось на лечении 227 больных описторхозом, из них 224 с хроническим течением и 3 с острым. Среди больных преобладали лица старше 40 лет (53,8 %), каждый десятый был в возрасте до 18 лет (10,8 %). Женщины составили 62,4 %, что, возможно, связано с высоким процентом принадлежности женщин к декретированной группе (работа в пищевой промышленности), которая регулярно обследуется на паразитозы.

У большинства госпитализированных болезнь имела латентное течение. Об этом свидетельствует выявление яиц описторхисов в фекалиях лиц декретированной группы (60,2 %), а также у пациентов, которые обращались за медицинской помощью по поводу других заболеваний.

Патогенное действие описторхисов характеризуется многообразием. Паразиты вызывают механическую обструкцию билиарных путей, нарушение микроциркуляции, некроз, воспаление, фиброз печени, холангиоэктазии желчных протоков, создают условия для проникновения вторичной бактериальной инфекции.

С учетом патогенеза инвазии для клинической картины хронического описторхоза характерны симптомы поражения гепатодуоденопанкреатической зоны (табл. 2). У большинства госпитализированных определялась увеличенная печень, у каждого четвертого субиктеричность склер, субфебрилитет, болезненность при пальпации в правом подреберье. Проявлениями вегетативных нарушений были

вазомоторные сосудистые реакции, повышенная потливость, слюнотечение. Астеновегетативный синдром проявлялся головной болью, нарушением сна, раздражительностью, быстрой утомляемостью.

Таблица 2 – Частота выявления клинических симптомов у госпитализированных больных хроническим описторхозом

Симптом	Количество больных	
	абс. число	%
Субиктеричность склер	47	24,1
Субфебрилитет	36	18,4
Болезненность при пальпации: в эпигастральной области; в проекции желчного пузыря	56	28,7
	53	27,1
Положительные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера	23	11,8
Гепатомегалия	154	78,9
Астеновегетативный синдром	88	42,1
Аллергический синдром	13	6,6
Вегетативные нарушения	26	13,3

В клиническом анализе крови значительных изменений не выявлено. Эозинофилия крови для нашего региона не характерна. Биохимические показатели крови у большинства больных были в пределах нормы, только в 4 % случаев отмечалась повышенная активность щелочной фосфатазы в 2-4 раза.

Яйца описторхисов обнаружены в фекалиях всех больных. У 92,7 % пациентов определялась минимальная инвазия (1-10 яиц в 1 г фекалий). В дуоденальном содержимом у 97,2 % выявлены элементы воспаления (слизь, лейкоциты, клетки эпителия) в порции В желчи, что подтверждает преимущественную локализацию описторхисов в желчном пузыре.

Антитела к описторхисам методом ИФА определены у 24,7 % лиц. Низкий процент положительных результатов иммунологического исследования, очевидно, обусловлен иммуносупрессивным действием паразита. При длительной инвазии наблюдается снижение уровня специфических антител ниже порогового вследствие развития иммунодефицитного состояния. Антитела связываются с экстреторно-секреторными антигенами гельминтов с образованием ЦИК. Последние

стимулируют продукцию специфических супрессоров, угнетающих Т-звено иммунитета, снижая функциональное состояние иммунной системы. Происходит «иммунная мимикрия» - включение антигенов хозяина в антигенный комплекс паразита и угнетение иммунного ответа [3]. Поэтому иммунологическая диагностика описторхоза используется как дополнение к паразитологическому методу.

При УЗИ органов брюшной полости выявлены признаки гепатита у 17,9 %, холецистита – у 81,3 %, холангита – у 21,7 % пациентов. У 39,8 % больных диагностирована дискинезия желчевыводящих путей по гипокинетическому типу, у 41,5 % - панкреатит. При ФГДС у 19 % лиц выявлен гастрит, у 12,2 % - гастродуоденит. Таким образом, длительная инвазия описторхисами характеризуется стойким нарушением системы пищеварения. Поэтому своевременная диагностика и лечение описторхоза являются принципиально важными с точки зрения неблагоприятных исходов болезни.

Лечение описторхоза комплексное, проводилось в 3 этапа: подготовительный (базисная патогенетическая терапия), специфическая химиотерапия, реабилитационный.

На первом этапе осуществляли коррекцию аллергического синдрома, обеспечение адекватного оттока желчи, лечение воспаления желчевыводящих путей и желудочно-кишечного тракта.

На втором этапе лечения проводили дегельминтизацию. Наиболее эффективным препаратом этиотропной терапии описторхоза является празиквантель (билтрицид) – производный изохинолина, который повышает проницаемость клеточных мембран паразита для ионов кальция, что вызывает паралич мышц гельминта, в связи с чем он отделяется от стенки холангиол и эвакуируется с желчью. Курсовая доза билтрицида составляет 40-75 мг/кг. Препарат принимают в течение одного дня. На следующий день назначали слепое зондирование с сорбитом

или минеральной водой для эвакуации описторхисов. Для предупреждения побочных явлений проводили дезинтоксикационную терапию.

На третьем этапе лечения использовали тюбажи (сорбит, или сернокислая магнезия, или минеральная вода) в течение 3 месяцев. Комплекс реабилитационных мероприятий включает использование гепатопротекторов, желчегонных препаратов, спазмолитиков.

Критериями освобождения организма от описторхисов являются три отрицательных результата копроовоскопии и однократного исследования дуоденального содержимого. Обследования проводятся через три месяца после дегельминтизации.

### **Выводы**

1 Заболеваемость описторхозом в Сумской области высокая и имеет тенденцию к росту.

2 Стойкое функционирование очага инвазии обусловлено особенностями гидрологического режима региона, высокой пораженностью описторхисами карповых рыб, которые имеют значительный удельный вес в пищевом рационе населения.

3 Из клинических форм преимущественно регистрируется хронический описторхоз с латентным течением.

4 Вследствие высокой стоимости лечения пролечено только 39 % больных описторхозом. Лечение описторхоза должно быть комплексным.

### **Литература**

1. Бодня Е. И. Нарушение процессов адаптации и их коррекция при хроническом описторхозе: автореф. дис. на соискание науч. степени д-ра мед. наук / Е. И. Бодня. – Киев, 1999. – 43 с.



2. Буряк М. В. Роль паразитологического мониторинга в снижении циркуляции описторхозной инвазии на территории Курской области / М. В. Буряк, Н. С. Малышева // Сибирский медицинский журнал. – Иркутск, 2008. - № 7. – С. 88-89.
3. Ильинских Е. Н. Характеристика иммунного ответа в зависимости от интенсивности инвазии у больных хроническим описторхозом / Е. Н. Ильинских, Н. Н. Ильинских, И. Н. Ильинских и др. // Бюллетень сибирской медицины. – 2010. - № 1. – С. 40-44.
4. Мартынова Н. А. Рак печени в регионе Сибири и Дальнего Востока / Н. А. Мартынова, И. Н. Одинцова // Сибирский онкологический журнал. - 2003. - № 2. – С. 77-78.
5. Николаева Н. И. Описторхоз. Этиология, клиника, диагностика, лечение / Н. И. Николаева, В. П. Николаева, А. В. Тигилева // Российский паразитологический журнал. – 2005. - №5. – С. 23-26.
6. Павліковська Т. М. Опісторхоз в Україні / Т. М. Павліковська, К. І. Бодня, Л. В. Холтобіна та ін. // Сучасні інфекції. – 2005. - № 2. – С. 4-6.
7. Пальцев А. И. Клиника, диагностика и лечение хронического описторхоза / А. И. Пальцев // Клин. мед. – 2003. - №4. – С. 62-66.
8. Шолохова С. Є. Ситуація з опісторхозу в Сумській області та в Україні / С. Є. Шолохова, А. О. Сніцарь, В. Б. Міроненко та ін. // Сучасні інфекції. – 2004. - № 4. – С. 9-11.
9. Berger V. K. Opisthorchiasis simulans a malignancy (in German) / V. K. Berger, M. D. Verbuclun // Z. Gastroenterol. – 2004. - № 39. – P. 173-175.

### **Резюме**

### **Проблема описторхоза в Украине и современные подходы к лечению**

Н. Д. Чемич, В. В. Захлебаева, Н. И. Ильина, С. Е. Шолохова

Проведен анализ эпидемиологической ситуации по описторхозу в Украине и Сумской области, на территории которой находится крупнейший природный очаг инвазии. Заболеваемость населения составляет 21,6 на 100 тыс. населения, что превышает заболеваемость по Украине более чем в 20 раз. Исследовано клиническое течение заболевания в эндемическом очаге, особенностью которого является высокий процент латентной формы. Наиболее эффективным препаратом для этиотропной терапии описторхоза является празиквантель.

**Ключевые слова:** описторхоз, распространенность, Сумская область, Украина, клинические особенности, празиквантель.

**Summary.** The analysis of the epidemiology of opisthorchiasis in Ukraine and Sumy region, the territory of which the largest natural focus of invasion. Morbidity of the population is 21.6 per 100 thousand population, which exceeds the incidence in Ukraine more than 20 times. The clinical course of the disease in endemic and is characterized by a high percentage of the latent form of invasion. The most effective drug for the causal treatment of opisthorchiasis is praziquantel.

**Keywords:** opisthorchiasis, prevalence, Sumy region, Ukraine, clinical features, praziquantel.