

УДК: 616. 36 – 008. 89 – 036. 82 (477. 52)

М.Д. Чемич, В.В. Захлєбаєва, Н.І. Ільїна, С.Є. Шолохова
СУЧАСНА КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОПІСТОРХОЗУ
НА СУМЩИНІ

Сумський державний університет, Сумська обласна санітарно-епідеміологічна станція

У статті наведена епідеміологічна ситуація з опісторхозу у Сумській області та в Україні. Зроблений аналіз клінічного перебігу хронічного опісторхозу у природному осередку, особливістю якого є високий відсоток латентної форми інвазії. Визначена діагностична значущість клініко-лабораторних симптомів хвороби.

Ключові слова: *Сумщина, опісторхоз, клініка, епідеміологія, діагностика*

Збудник опісторхозу був відкритий понад 100 років тому, однак проблема цієї інвазії не вирішена і в наш час. За даними ВООЗ, у світі біля 21 млн осіб інвазовані печінковою трематодою. Ця хвороба поширена у багатьох регіонах світу: у Росії, Україні, Австрії, Угорщині, Німеччині, Польщі та інших країнах.

Найбільший у світі ендемічний осередок опісторхозу знаходиться у Західному Сибіру та Східному Казахстані, в Об-Іркутському басейні з максимальним рівнем захворюваності в приобських районах, Ханті-Мансійському національному окрузі, Тюменській та Томській (північні райони) областях, де екстенсивність інвазії місцевого населення досягає 85-95 %. Тут же відмічається висока інвазованість котів (100 %), собак (27-50 %), свиней (40 %). Ендемічна з опісторхозу Об-Іркутська територія охоплює 15 країв і областей Росії та Казахстану [1].

Другим за величиною осередком є басейн Дніпра з його притоками (Псел, Сула, Сейм, Ворскла та ін.), виявлений у 30-х роках минулого століття. Рівень ураженості населення коливається від 10 до 15 % у Полтавській та Чернігівській областях і до 71-82 % - у Сумській. Зараженість опісторхозом м'ясоїдних тварин (переважно котів) у басейні Дніпра і його притоків складає 32 %, Південного Бугу - 28 %, Сіверського Дінця - 25 %, Дністра - 19 %. Зараженість молюсків церкаріями у басейнах Дніпра, Ворскли і Десни коливається від 0,3 до 1,5 %, а риб з родини корошових метацеркаріями - від 3 до 18 % [2].

Третя за розмірами ендемічна з опісторхозу територія - Волго-Камський басейн. Зони з високим рівнем ендемії реєструються у Пермській області (60 % ураженого населення в окремих селищах) і в Татарстані.

Перший осередок опісторхозу на Сумщині був виявлений у 1953 році на річці Ворскла та її притоках з ураженістю населення до 61 %. Згодом зареєстровані інтенсивні осередки на річках Сула, Сейм, в яких інвазованість населення склала від 2 до 18 %, а у деяких селах Кролевецького району до 70-80 % [3]. У 80-х роках ХХ ст. опісторхоз уже виявлений у 16 з 18 районів області, у 197 населених пунктах. У зв'язку з цим з 1981 року розпочалася планова, цілеспрямована робота по боротьбі з опісторхозом. Головним санепідуправлінням МОЗ України, Київським інститутом епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського, Республіканською і Сумською обласною санепідстанціями за участю інституту медичної паразитології і тропічної медицини ім. Є.І. Марциновського був розроблений план заходів з вивчення ситуації з опісторхозу і посиленню боротьби з ним у Сумській області. Одночасно почали реалізовувати Всесоюзну цільову комплексну наукову програму «Опісторхоз», затверджену МОЗ СРСР від 14.02.1983 р. та Республіканську програму заходів боротьби з опісторхозом в УРСР на період 1985-90 рр., затверджену Наказом МОЗ УРСР № 554 від 19.09. 1984 р.

Вивчення епідситуації з опісторхозу у басейнах річок України виявило природні осередки у різних регіонах країни, були визначені основні механізми та параметри епідемічного процесу. Розроблені нові методи діагностики, лікування, диспансеризації хворих на опісторхоз, здійснювалися заходи щодо оздоровлення осередків.

З 1989 року в Сумській обласній інфекційній лікарні ім. З.Й. Красовицького почав працювати обласний центр лікування хворих на опісторхоз. Протягом 20 років проведено лікування більше 4 тис. хворих, обстежено на гельмінтоз більше 2 млн осіб.

Проте проблема опісторхозу не втрачає своєї актуальності. За даними офіційної статистики, на Сумщині виявлено понад 1400 хворих на опісторхоз (показник 34,6 на 100 тис. населення). Хвороба відноситься до некерованих, суттєво впливає на здоров'я населення своїми наслідками. Стійке функціонування осередку забезпечено особливістю гідрологічного режиму, значною питомою вагою риби у харчовому раціоні місцевого населення. Про ризик зараження населення свідчать дані лабораторних досліджень додаткових і проміжних хазяїв паразита, проведених за останні 3 роки: ураженість личинками опісторхісів молюсків становить 1,03 %, коропових риб - 2-4 %. Найбільше уражені лящ (25 %), в'язь (20 %), підуст і густера (7 %), плітка, краснопірка (5 %) [4].

Патогенна дія печінкових трематод – це не тільки механічна обструкція біліарних протоків. Паразити спричиняють порушення мікроциркуляції, некроз, запалення, фіброз, холангіоектазії жовчовивідних шляхів, створюють умови для вторгнення бактерій у жовчовивідні протоки [5]. Доведена роль опісторхозної інвазії у малігнізації епітелію протоків. Продукти життєдіяльності трематод спричиняють генотоксичні ефекти з пошкодженням ДНК і розвитком мутацій через активізацію онкогенів, дисрегуляцію проліферативних процесів. Збудник Міжнародною агенцією з вивчення раку віднесений до групи канцерогенів № 1 [6, 7].

У другій половині ХХ століття глобального поширення набуває проблема хронізації інфекційних і паразитарних хвороб у зв'язку з патоморфозом – зміною клінічного перебігу більшості інфекційних хвороб, зокрема черевного тифу, сальмонельозу, шигельозу та інших. Збільшилася частота хронізації захворювань вірусної та бактеріальної етіології. Існує думка про ймовірний вплив на перебіг інфекційного процесу сенсibiliзації різними алергенами, в їх числі і алергенами інфекційного походження. Дослідженнями з вивчення причин хронізації основних бактеріальних і вірусних інфекцій доведена значна роль інвазії гельмінтами. На тлі опісторхозу ускладнюється перебіг вірусних гепатитів, туберкульозу, черевного тифу, шигельозу, бруцельозу [8, 9]. Причиною цих явищ є дисбаланс у системі імунітету, орієнтований в умовах хронічної опісторхозної інвазії на підтримку тривалого симбіозу в системі «хазяїн-паразит» [10].

Мета дослідження

Вивчити сучасну епідеміологічну ситуацію з опісторхозу на Сумщині та особливості клінічного перебігу хвороби у природному осередку.

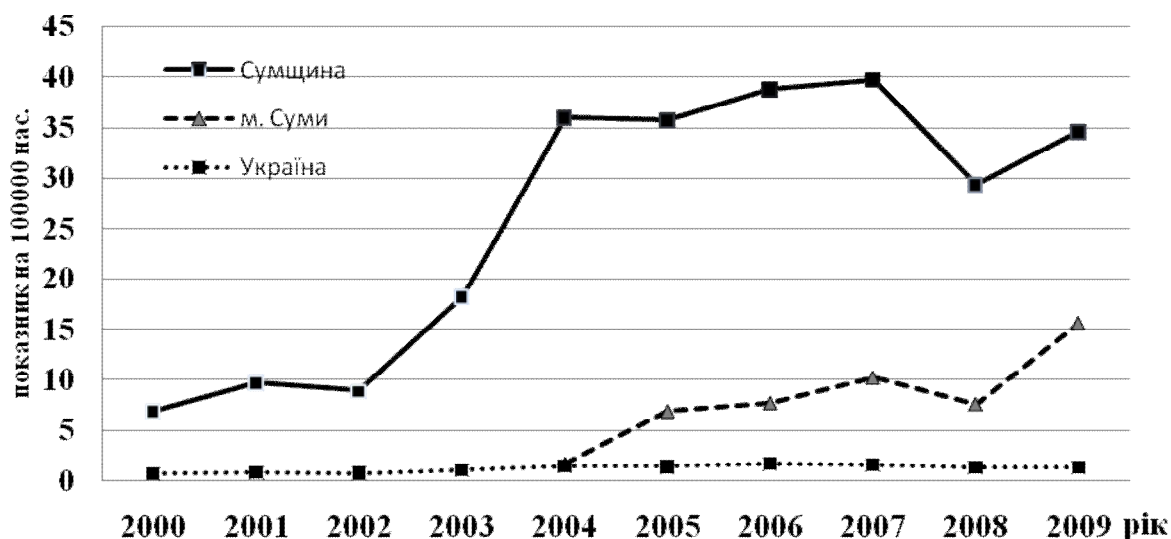
Матеріали і методи

Проаналізовані медичні карти стаціонарних хворих та обстежено 158 хворих, що перебували на лікуванні у Сумській обласній клінічній інфекційній лікарні у 2004-2009 рр. Отримані дані занесені в «Електронну карту досліджень», піддані статистичній обробці з використанням програми Microsoft Excel та наступних алгоритмів: запис полів списку для обстежених і заповнення таблиць.

Результати дослідження та їх обговорення

Захворюваність на опісторхоз у Сумській області залишається стабільно високою без тенденції до зниження і перевищує середньоукраїнські показники у 22-25,6 разів (мал. 1).

У 2009 році на обліку знаходилося 1482 хворих на опісторхоз, з них 65 дітей. Показник захворюваності склав 34,6 на 100 тис. населення. Це у 26 разів вище середнього показника в Україні. 95 % хворих зареєстровані у м. Шостка та у 7 районах: Буринському, В-Писарівському, Кролевецькому, Недригайлівському, Роменському, С.-Будському, Шосткинському. Випадки опісторхозу зареєстровані у 69 населених пунктах області, з них у 17 ураженість населення перевищує 3 %.



Мал. 1. Динаміка захворюваності на опісторхозу Сумській області і м. Суми за 2000-2009 рр.

Однак ця статистика відображає лише частину дійсної захворюваності на опісторхоз. Поліморфізм клінічних проявів призводить до того, що хворі звертаються не до інфекціоністів, а до лікарів інших спеціальностей і часто недуга залишається нерозпізнаною внаслідок недостатнього знання лікарями цієї патології.

Серед хворих, які лікувалися з приводу опісторхозу у Сумській обласній клінічній інфекційній лікарні за період дослідження, переважали жінки (62,5 %). Середній вік інвазованих (37,09±1,44) років. Вікова група: до 18 років – 11,6 % осіб, 19-26 – 23,2 %, 30-40 – 18,8 %, старше 40 – 46,4 %.

З географічного анамнезу з'ясовано, що основний відсоток пацієнтів склали жителі м. Сум та С-Будського району – 47,3 % та 21,4 % відповідно.

Харчовий анамнез: у 59,8 % хворих фактором передавання була в'ялена або солена риба. Зараженню людей опісторхісами сприяли звички людей, що мешкають поблизу водоймищ, вживати у їжу сиру рибу. Такі харчові традиції є частиною глибоко укоріненої культури і тому важко піддаються змінам. Група ризику (рибалки та члени їх сімей) складала 72,3 %.

З клінічних форм переважав хронічний опісторхоз. Жодного випадку гострого опісторхозу, який для корінного населення осередку є винятковістю, за період спостереження виявлено не було.

Клініка хронічного опісторхозу зумовлена ураженням біліарного тракту, підшлункової залози та реактивними змінами з боку сусідніх органів. Аналіз результатів дослідження дозволив виділити ряд синдромів, які зустрічалися з різною частотою: холангіохолестит, дискінезії жовчовивідних шляхів, гастроінтестинальні прояви, алергічний, панкреатопатію, вегето-судинну дистонію.

У більшості пацієнтів захворювання мало латентний перебіг. Про це свідчить випадкове виявлення яєць опісторхісів у випорожненнях при обстеженні декретованої групи населення (58,2 %), при зверненні за медичною допомогою з приводу інших захворювань (17,7 %) і тільки 24,1 % хворих мали ознаки маніфестації хвороби. Основними клінічними проявами недуги були диспепсичний і больовий синдроми: 56,3 % хворих скаржилися на важкість у правому підребер'ї, 30,4 % - на біль у епігастрії, 26,8 % - на гіркоту у роті, 24,1 % - на нудоту, 17 % - на здуття живота, 10,7 % - на нестійкий стілець, на зниження апетиту – 11,6 %, на сухість у роті – 8,9%, на блювання – 3,6 %. Не було скарг у 14,3% осіб.

У пацієнтів також діагностували ураження гепатодуоденопанкреатичної зони (табл. 1). Найчастіше виявляли збільшення печінки, симптоми астеновегетативного синдрому, у кожного четвертого-п'ятого - субіктеричність склер, субфебрилітет, болючість при

пальпації в епігастрії та точці Кера. Проявами вегетативних розладів були пітливість, слинотеча, вазомоторні судинні реакції. Астеновегетативний синдром у обстежених хворих визначався головним болем, безсонням, подразливістю.

Таблиця 1

Частота виявлення симптомів хронічного опісторхозу в обстежених хворих

Симптом	Кількість хворих	
	Абс. число	%
Субіктеричність склер	38	24,1
Субфебрилітет	33	21,4
Болючість при пальпації в епігастральній ділянці	47	29,7
Болючість при пальпації в проекції жовчного міхура	41	26,1
Позитивні симптоми Кера, Мерфі, Ортнера	13	8,1
Гепатомегалія	119	75,9
Астеновегетативний синдром	69	44,6
Алергічний синдром	10	6,1
Вегетативні розлади	21	12,7

На відміну від даних інших авторів, зміни у гемограмі у більшості наших пацієнтів були відсутні (табл. 2). Кількість еритроцитів і тромбоцитів, вміст гемоглобіну, середній розмір еритроцитів (MCV), концентрація гемоглобіну в еритроциті (MHCN), об'єм еритроцитів (MCV) були у нормі. Не було також змін у хворих у лейкоформулі, і лише у 14,3 % осіб вони були вище середніх показників. Відсоток еозинофілів не перевищував норму, тільки у 3 % хворих була виявлена еозинофілія. У біохімічному аналізі крові значних змін не визначали.

Гематологічні показники ендogenous інтоксикації були у межах норми: ЛП (0,76±0,06), ГП (0,99±0,07), ІЗЛК (1,81±0,068), Ілімф (0,54±0,002).

Таблиця 2

Зміни лабораторних показників у хворих на опісторхоз при госпіталізації

Показник	M±m
Еритроцити, 1×10^{12} /л	(4,22±0,046)
Гемоглобін, г/л	(128,08±1,65)
MCV, мкм	(86,38±0,59)
MCH, пг	(30,21±0,24)
MHCN, г/л	(328,15±2,31)
Тромбоцити, 1×10^9 /л	(208,9±4,73)
Лейкоцити, 1×10^9 /л	(6,24±0,16)
Еозинофіли, %	(2,82±0,24)
Білірубін, мкмоль /л	(13,8±1,02)
АлАТ, О/л	(28,2±2,14)
АсАТ, О/л	(30,1±1,64)
ЛФ, О/л	(150,68±11,82)
ГГТ, О/л	(30,60±4,17)

Діагноз опісторхозу підтверджений копроовоскопією та дослідженням дуоденального вмісту. Яйця опісторхів знайдені у випорожненнях у 100 % хворих. У 86,6 % осіб виявлена мінімальна інвазія, у 8 % - помірна, у 5,4 % - значна. Визначення антитіл до печінкової трематоди у крові методом ІФА проведено 18,1 % хворих, з них позитивний результат отримано у 45 %.

Досліджений дуоденальний вміст у 64,2 % хворих, яйця опісторхісів знайдені у 25 % осіб. Елементи запалення (лейкоцити, слиз, епітелій) у порції жовчі А виявлені у 20,8 % пацієнтів, у порції В – у 53,1 %, у порції С – у 8,1 %. У 6,2 % хворих визначалася підвищена секреторна функція шлунка, у 16,1 % - знижена. Збільшення вмісту α -амілази у сечі було у 8,9 % хворих.

При УЗД органів черевної порожнини ознаки гепатиту діагностовано у 17,2 % осіб, холециститу – у 78,6 %, холангіту – в 21,3 %. Дискінезія жовчовивідних шляхів за гіпокінетичним типом підтверджена у 38,3 % пацієнтів. Крім ураження гепатобіліарної системи у 18,8 % хворих при ФГДС визначався гастрит, у 11,6 % - гастродуоденіт. У 14,3 % виявлені дистрофічні зміни міокарду.

Визначаючи діагностичну значущість клініко-лабораторних симптомів у хворих на опісторхоз, встановлено, що найбільше діагностичне значення серед клінічних даних мають ознаки холециститу, гастриту, гепатомегалія, відчуття важкості в епігастрії; із лабораторних – виявлення опісторхісів у калі; з епідеміологічних – належність до групи ризику і вживання термічно необробленої риби (табл. 3).

Таблиця 3

Діагностична значущість клініко-лабораторних симптомів у хворих на опісторхоз

Симптом	%
Опісторхіси в калі	100
Ознаки холециститу	78,6
Гепатомегалія	74,2
Група ризику (рибалки та члени родини)	72,3
Гастрит	69,7
Вживання в'яленої та соленої річкової риби	59,8
Важкість у правому підребер'ї	56,3
ІФА (+)	45,5
Астеновегетативний синдром	44,6
Гастродуоденіт	30,4
Біль в епігастрії	30,4
Гіркота у роті	26,8
Субіктеричність склер	25
Субфебрилітет	25
Нудота	25
Опісторхіси у дуоденальному вмісті	25

Порівнюючи основні клініко-лабораторні дані перебігу хронічного опісторхозу, отримані нами, з даними авторів, які досліджували цю недугу у різні періоди (табл. 4), встановлено наступне:

- починаючи з 80-х років 20-го століття, переважно реєструється малосимптомний перебіг;

- схуднення для наших хворих не характерне;
- жовтяниця шкіри і склер виявляється усе рідше;
- частота збільшення печінки знаходиться на значному рівні;
- характерний субфебрилітет і лише у четвертій частини хворих;
- анемія та еозинофілія реєструються у 14-16 % обстежених;
- інтенсивність інвазії переважно низька.

Основні клініко-лабораторні ознаки перебігу хронічного опісторхозу за даними різних авторів

Показник	Автори				
	М.М. Плотніков (1953)	Р.М. Ахрем-Ахремович (1963)	Д.Д. Яблоков (1979)	А.І. Пальцев (1990)	Наші дані (2010)
Біль у прав. підребер'ї	Виражений больовий синдром - 30% Напади жовчної коліки	Часто тупі. Гострі - до нападів жовчної коліки. Больовий шок	Періоди загострення та ремісії. Можливий безсимпт. перебіг	У місцевого населення переважно олігосимптомний перебіг	Важкість у пр. підр. – 56,3 %; біль у епігастрії – 30,4 %
Зниження маси тіла	25 % - помітне схуднення	Часто знижена	Помірне схуднення	32 % - помірне схуднення	У поодиноких випадках
Жовтяниця	Рідко	11 %	9,5 %	1 %	1 %
Субіктеричність склер	Дуже часто	30 %	46 %	43 %	25 %
Гепатомегалія	35 %	90 %	62 %	52 %	74,1 %
Температура	До 37,8 ⁰ С - 55%; до 39 ⁰ С - рідше	Субфебрильна - часто; фебрильна - рідко	Субфебрильна – 34 %; до 39 ⁰ С – 5 %	Субфебрильна – 31 %; до 38,5 ⁰ С - 0,7 %	Субфебрильна – 25 %
Анемія	Майже у всіх	У багатьох	Не часто	Рідко	14 %
Еозинофілія	Значна - 80 %	Значна - 65 %	Переважно значна – 85 %	Незначна – 45 %	На рівні 5% у 5,4 %; на рівні 10 % у 10,7 %
Інтенсивність інвазії	Значна	Значна	Переважно значна	1,2 % - значна; 89,5 % - низька	5,4 % - значна; 8,0 % - помірна

Висновки

1 Опісторхоз треба розглядати як системне захворювання людини, спричинене трематодами, що паразитують у жовчних протоках, жовчному міхурі та підшлунковій залозі, мають сенсibiliзувальну, механічну, нейрогенну дію.

2 Захворюваність на опісторхоз у Сумській області висока і має тенденцію до зростання.

3 Хвороба переважно має латентний перебіг.

4 З маніфестних форм недуги найчастіше виявляється холецистит (78,6%).

5 Вирішальну роль у діагностиці хронічного опісторхозу має копроовоскопія (100%).

6 Групу ризику складають рибалки та члени їх сімей (72,3%). Основним фактором передавання є солена та в'ялена риба.

Література

1. Пальцев А.И. Клиника, диагностика и лечение хронического описторхоза / А.И. Пальцев // Клин. мед. – 2003. - № 4. – С. 62-66.

2. Павліковська Т.М. Опісторхоз в Україні / Т.М. Павліковська, К.І. Бодня, Л.В. Холтобіна та ін. // Сучасні інфекції. – 2005. - № 2. – С. 4-6.

3. 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.
4. Псарьов В.М. Санітарно-паразитологічна характеристика довкілля як показник ризику зараження паразитарними хворобами / В.М. Псарьов, С.Є. Шолохова, Л.М. Даниленко, П.І. Жук // Матеріали наради паразитологів України: тези доповідей. - Рівне, 2007. – С. 157-160.
5. Carpenter H.A. Bacterial and parasitic cholan gifis / Carpenter H.A. // Mayo Clin Proc. - 1998. - № 5. - P. 473-478.
6. Губергриц Н.Б. Поражение поджелудочной железы при описторхозе / Н.Б. Губергриц, Н.В. Ширинская, Ю.А. Загоренко // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2008. - № 3. - С. 11-18.
7. Holzinger F. Mechanisms of biliary carcinogenesis: a pathogenetic multi-stage cascade towards cholangiocarcinoma / F. Holzinger, K. Zraggen, M.W. Buchler // Ann Oncol. - 1999. - № 10, Suppl. 4. – P. 122-126.
8. Бодня Е.И. Паразитозы в Украине / Е.И. Бодня // Сучасні інфекції. – 2004. - № 4. – С. 4-8.
9. Бодня Е.И. Нарушения процессов адаптации и их коррекция при хроническом описторхозе: автореф. дис. на соискание научн. степени д-ра мед. наук / Е.И. Бодня. - Киев, 1999. – 43 с.
10. Павліковська Т.М. Епіднагляд за паразитарними хворобами в Україні та шляхи його поліпшення / Т.М. Павліковська, Л.С. Некрасова, В.М. Світа, Г.Й. Гуца // Матеріали наради паразитологів України: тези доповідей. – Іллічівськ, 2000. – С. 187.

THE MODERN CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTIC OF OPISTHORCHOSIS IN SUMY REGION

M.D. Chemych, V.V. Zahlebaeva, N.I. Ilina, S.E. Sholohova

SUMMARY. In article the epidemiological situation with opisthorchosis in Sumy region and in Ukraine are induced. The analyze of clinical course of chronic opisthorchosis was maded. Peculiarity is a high percentage of latent form. The clinic and laboratory signs of disease were formed.