

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОГО ОПИСТОРХОЗА В ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Т.Е. Аксенова<sup>1</sup>, Ю.А. Александрова<sup>1</sup>, Д.Д. Авдошина<sup>1</sup>, С.Н. Ткачев<sup>1</sup>, К.В. Медведев<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Клиническая инфекционная больница им. С.П. Боткина, Санкт-Петербург, Россия

<sup>2</sup> Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург, Россия

### Clinical case of acute opisthorchiasis in endoscopy

T.E. Aksenova<sup>1</sup>, Yu.A. Aleksandrova<sup>1</sup>, D.D. Avdoshina<sup>1</sup>, S.N. Tkachev<sup>1</sup>, K.V. Medvedev<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Clinical Infectious Hospital named after S.P. Botkin, Saint-Petersburg, Russia

<sup>2</sup> Saint-Petersburg State Pediatric Medical University, Saint-Petersburg, Russia

### Резюме

Представлен клинический случай одного из самых распространенных на территории Российской Федерации паразитарных заболеваний – описторхоза. На сегодняшний день описторхоз и ассоциированные с ним осложнения являются актуальной проблемой в медицине, так как глистные инвазии занимают четвертое место по ущербу здоровью населения.

Отсутствие специфической клинической картины, а также преобладание латентных форм обуславливает трудности диагностики описторхоза. Особое внимание отводится вопросу осложнений, наиболее значимыми из которых являются острый панкреатит, гнойный холангит, абсцессы печени, перфорация желчных протоков с развитием желчного перитонита. При хроническом течении инвазии происходит паразитирование в гепатобилиарном тракте хозяина, продуцирование токсичных и иммуногенных продуктов жизнедеятельности, нарушение метаболизма клеток, что является одним из факторов, способствующих развитию рака желчных протоков и поджелудочной железы.

Актуальность проблемы описторхоза и его осложнений, сочетающихся со сложной и уязвимой диагностикой данного заболевания (клинической, лабораторной, инструментальной), демонстрирует значимость поиска эффективных методов его выявления.

**Ключевые слова:** описторхоз, *Opisthorchiidae*, гельминтоз, холангит, холецистит, механическая желтуха, ретроградная холангиопанкреатография.

### Введение

Основной региональный поток пациентов с различными неverifiedированными гепатитами традиционно направляется в Клиническую инфекционную больницу имени С.П. Боткина (Больница Боткина). Благодаря современным технологиям уже на уровне приемного покоя проводится дифференциальная диагностика и распределение потоков по отделениям соответствующего профиля.

### Abstract

A clinical case of one of the most common parasitic diseases in the Russian Federation, opisthorchiasis, is presented. Today, opisthorchiasis and its associated complications are an urgent problem in medicine. Parasitic invasions are in fourth place in terms of damage to public health.

There is no specific clinical picture, and the predominance of latent forms makes it difficult to diagnose opisthorchiasis. Particular attention is paid to the issue of complications, the most significant of which are acute pancreatitis, purulent cholangitis, liver abscesses, perforation of the bile ducts with the development of bile peritonitis. In the chronic course of invasion, parasitism occurs in the host's hepatobiliary tract, production of toxic and immunogenic waste products, and disruption of cell metabolism, which is one of the factors contributing to the development of cancer of the bile ducts and pancreas.

The relevance of the problem of opisthorchiasis and its complications, combined with the complex and vulnerable diagnosis of this disease (clinical, laboratory, instrumental), demonstrate the importance of finding effective methods for its detection.

**Key words:** opisthorchiasis, *Opisthorchiidae*, helminthiasis, cholangitis, cholecystitis, obstructive jaundice, retrograde cholangiopancreatography.

В допандемийный период (2018 – 2019 гг.) новая площадка Больницы Боткина приняла 859 пациентов с симптомокомплексом желтухи. Из них группу вирусных гепатитов составили 429 человек (49,94%), гепатитов невирусного генеза – 294 человека (34,23%). Диагноз механической желтухи был установлен у 135 человек (15,72%), среди них 3 пациента (0,35%) с паразитарными инвазиями.

### Клинический случай

Больная Я., 38 лет, поступила в стационар в экстренном порядке с жалобами на боли в правом подреберье, тошноту, выраженную слабость, фебрильную температуру, желтушность кожных покровов, сыпь в виде крапивницы на груди, на животе, на спине, на верхних и нижних конечностях (рис. 1), сопровождающуюся кожным зудом умеренной интенсивности, головную боль.



Рис. 1. Уртикарная сыпь — плоско приподнятые бледно-розовые волдыри

Из анамнеза установлено, что пациентка страдает хроническим холециститом, жировым гепатозом. Последнее обострение связывает с погрешностью в диете. За месяц до госпитализации посещала Уральский регион, где употребляла в пищу строганину. Через две недели появились резкие боли в животе, не купирующиеся спазмолитическими препаратами. В связи с этим пациентка обратилась за медицинской помощью.

При объективном осмотре — болезненность в правом подреберье. Нижний край печени по срединно-ключичной линии выступает из-под реберной дуги на 1,5 см, при пальпации умеренно болезненный, эластичной консистенции, поверхность гладкая. Симптомы Грекова — Ортнера, Кера положительные. Селезенка не пальпируется.

Результаты проведенного обследования: клинический анализ крови — нарастание лейкоцитоза с  $9,6 \times 10^9$  до  $15,2 \times 10^9$ /л, эозинофилия до 18,1%, тромбоцитоз  $440 \times 10^9$ , СОЭ — 35 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий билирубин 100,8 мкмоль/л,  $\gamma$ -глутамилтрансфераза 808 Ед/л, аланинаминотрансфераза 161,8 Ед/л, аспартатаминотрансфераза 94,5 Ед/л, лактатдегидрогеназа 422 Ед/л, щелочная фосфатаза 364 Ед/л. Все маркеры гепатитов были отрицательные. Антитела к антигенам описторхисов Ig G — 0,195 КП не подтвердили наличие паразитарной инвазии.

При гастроскопии выявлена язва угла желудка (гистологическое исследование указало на хронический воспалительный процесс без признаков малигнизации), а также косвенные признаки би-

лиарной гипертензии в виде увеличения размеров большого дуоденального сосочка, провисания продольной складки и отсутствия поступления желчи на момент осмотра.

По данным УЗИ — признаки гепатомегалии. Умеренные диффузные изменения печени. Билиарная гипертензия (внутрипеченочные протоки расширены до 3,4 мм). Холедохэктазия (до 11,5 см). Холедохолитиаз (в интрапанкреатической части конкремент 11 мм). ЖКБ. Конкременты желчного пузыря. Утолщение стенки желчного пузыря. Диффузные изменения поджелудочной железы (рис. 2).

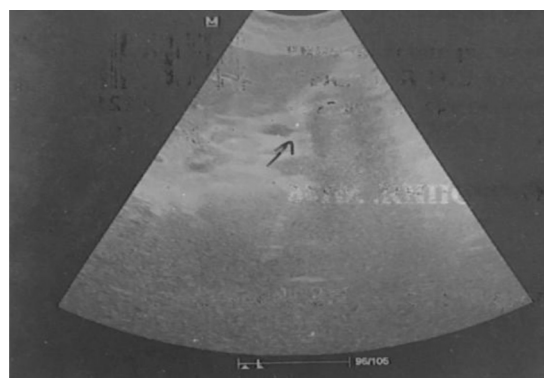


Рис. 2. Ультразвуковое исследование желчевыводящих путей. Холедохолитиаз

Учитывая результаты обследования, а также нарастающую клиническую картину холангита, было принято решение о выполнении ретроградной холангиографии. Полученные результаты соответствовали данным УЗИ — сохранялась билиарная гипертензия с максимальным расширением гепатикохоледоха до 15 мм и дефектом наполнения в интрапанкреатической части до 10 мм, неравномерное распределение контраста в желчном пузыре с множественными дефектами наполнения, свидетельствующими о наличии множественных конкрементов и протекающем воспалительном процессе (рис. 3). Выполнена типичная папилосфинктеротомия, устье холедоха раскрылось с признаками хронического воспаления — гипертрофированными неоднородными ворсинками, пролабирующими в просвет. Произведена ревизия гепатикохоледоха корзинкой Дормиа, в двенадцатиперстную кишку низведена структура округлой формы, представляющая собой слепок биомассы диаметром до 1,0 см. После дополнительного промывания желчных протоков под давлением визуализировалось поступление из протоковой системы плоских ланцетовидных гелиминтов размером 4–6 мм (рис. 4).

В просвете двенадцатиперстной кишки из устья рассеченного большого дуоденального сосочка определяется поступление описторхов.



Рис. 3. Холангиограмма. Ниже уровня конфлюенса округлый дефект наполнения

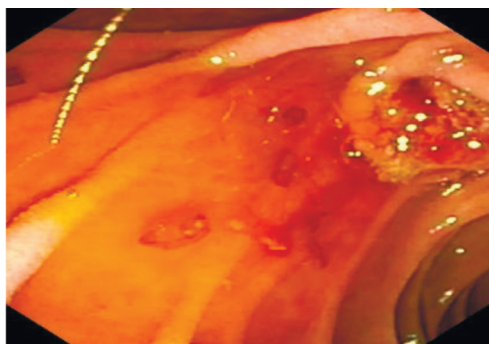


Рис. 4. Этап эндоскопической операции

Выполнен забор биоматериала для исследования, обнаружены гельминты *Opisthorchis felineus*.

При контрольной интраоперационной рентгеноскопии диаметр билиарных протоков сократился, дефектов наполнения не выявлено. Послеоперационный период гладкий, без осложнений, сопровождался комплексным лечением, направленным на элиминацию гельминтов — антипаразитарная (празиквантел), желчегонная и гепатопротективная (урсодезоксихолевая кислота в сочетании с минеральными водами и спазмолитики), сорбенты, симбиотики. Для купирования аллергических реакций, интоксикационного синдрома, связанных с дополнительным антигенным воздействием при гибели гельминтов, были назначены антигистаминные препараты (супрастин). Для лечения язвы желудка были назначены препараты из группы блокаторов протонной помпы.

Контроль эффективности дегельминтизации был проведен через 2 недели — выполнена видеоэзофагогастродуоденоскопия с забором желчи из гепатикохоледоха. Также при контрольном эндоскопическом обследовании обнаружено эффективное заживление язвенного дефекта в области угла желудка.

Через 3 недели от начала лечения при МРТ обследовании убедительных МР-данных за ЖКБ, холедохолитиаз не получено. Уменьшение в размерах желчного пузыря.

### Заключение

Данное клиническое наблюдение демонстрирует многообразие клинических проявлений описторхоза. В условиях стационара диагноз основывается на основании клинического течения заболевания, эпидемиологического анамнеза и проведения овоскопии дуоденального содержимого.

Возможность развития хирургических осложнений описторхоза определяет важность своевременной дифференциальной диагностики.

Необходимо подчеркнуть, что санация от паразита далеко не всегда сопровождается клиническим выздоровлением: у лиц, страдавших описторхозом более 5 лет, жалобы и объективные изменения, имевшие место в период хронической фазы, сохраняются.

Вопрос о тактике лечения резидуальных форм описторхоза остается до сих пор нерешенным, важно динамическое наблюдение данной группы пациентов в условиях амбулаторного звена в связи с рисками развития онкопатологии (холангиокарциномы) [9–11].

### Литература

1. Аринжанов, А.Е. Описторхоз: эпидемиология, профилактика, лечение / А.Е. Аринжанов, А.Ю. Лядова // Территория науки. — 2016. — № 6. — С. 7–13.
2. Бекиш, В.Я. Генотоксическое и цито-токсическое воздействия белковых соматических продуктов гельминтов на лимфоциты крови доноров *in vitro* / В.Я. Бекиш, А.Д. Дурнев // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. — 2004. — Т. 138, № 8. — С. 198–201.
3. Бибик, О.И. Гельминтозы встречаются гораздо чаще чем принято об этом думать / О.И. Бибик, Д.В. Кирсанова, В.И. Барсукова // «Организм и среда жизни»: материалы 2 межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 205-летию со дня рождения К.Ф. Рулье. — Кемерово, 2019. — С. 9–17.
4. Бибик, О.И. Описторхоз — актуальная проблема здравоохранения (обзор и анализ проблемы) / О.И. Бибик // Российский паразитологический журнал. — 2020. — Т. 14, № 4. — С. 38–49.
5. Кузнецова, В.Г. Описторхоз в клинической практике врача-инфекциониста / В.Г. Кузнецова, Е.И. Краснова, Н.Г. Патурина // Лечащий врач. — 2013. — № 6. — С. 74–78. — URL: <https://www.lvtach.ru>
6. Маркосян, Н.С. Трудности диагностики острого описторхоза / Н.С. Маркосян [и др.] // Современные проблемы науки и образования. — 2021. — № 3.
7. Митрофанова, Н.Н. Описторхоз: география распространения, заболеваемость, эпидемиология, диагностика, патогенез / Н.Н. Митрофанова, И.А. Морозов // Вестник Пензенского государственного университета. — 2019. — № 4 (28). — С. 53–60.
8. Старостина, О.Ю. Сравнительная характеристика методов лабораторной диагностики описторхоза / О.Ю. Старостина, И.И. Панюшкина // Клиническая лабораторная диагностика. — 2014. — № 4. — С. 44–45.
9. Тихонова, Е.П. Острый описторхоз: особенности течения, диагностика / Е.П. Тихонова // Дневник казанской медицинской школы. — 2017. — № 2 (16). — С. 17–20.

10. Чуйкова, К.И. Описторхоз : учебное пособие / К.И. Чуйкова [и др.]. — Изд-во СибГМУ, 2016 — 71 с.

11. Arinzhanov A. E., Lyadova A. Yu. Territoriya nauki [Science territory]. 2016, no. 6pp. 7-13.

#### References:

1. Arinzhanov, A. E. Opisthorchiasis: epidemiology, prevention, treatment / A. E. Arinzhanov, A. Y. Lyadova // The territory of science. — 2016. — No. 6. — pp. 7-13.

2. Bekish V.Ya., Durnev A.D. Genotoxic and cytotoxic effects of protein somatic products of helminths on blood lymphocytes of donors in vitro // Bulletin of experimental biology and Medicine. — 2004. — Vol. 138, No. 8. — pp. 198-201.

3. Bibik O. I., Kirsanova D. V., Barsukova V. I. Helminthoses occur much more often than it is customary to think about it // "The organism and the environment of life": materials of the 2nd interregional scientific and practical conference dedicated to the 20th anniversary of K. F. Steering wheel. Kemerovo, 2019. pp. 9-17.

4. Bibik O. I. Opisthorchiasis — an actual problem of health-care (review and analysis of the problem) // Russian Parasitological Journal. 2020. Vol. 14. No. 4. pp. 38-49.

5. Kuznetsova, V. G. Opisthorchiasis in the clinical practice of an infectious disease doctor / V. G. Kuznetsova, E. I. Krasnova, N. G. Paturina // Attending physician. — 2013. — No. 6. — pp. 74-78. — URL: <https://www.lvrach.ru>

6. Markosian N.S., Grosheva M.Yu., Mikhailova I.N., Alferina E.N., Sermyagina V.S. Difficulties in diagnosing acute opisthorchiasis // Modern problems of science and education. — 2021. — № 3;

7. Mitrofanova, N. N. Opisthorchiasis: geography of distribution, morbidity, epidemiology, diagnosis, pathogenesis / N. N. Mitrofanova, I. A. Morozov // Bulletin of the Penza State University. — 2019. — № 4 (28). — Pp. 53-60.

8. Starostina O.Yu., Panyushkina I.I. Comparative characteristics of methods of laboratory diagnostics of opisthorchiasis // Clinical laboratory diagnostics. 2014. No. 4. pp. 44-45.

9. Tikhonova, E. P. Acute opisthorchiasis: features of the course, diagnosis / E. P. Tikhonova // Diary of the Kazan medical school. — 2017. — № 2 (16). — Pp. 17-20.

10. K.I. Chuiikova, V.L. Yakimov, Yu.V. Minakova, E.I. Petrova, O.A. Popova. — Opisthorchiasis: textbook / SibSMU Publishing House, 2016 — 71 p. ISBN 978-5-98591-120-6

11. Arinzhanov A. E., Lyadova A. Yu. Territoriya nauki [Science territory]. 2016, no. 6, pp. 7-13.

#### Авторский коллектив:

*Аксенова Татьяна Евгеньевна* — врач-эндоскопист отделения эндоскопии Клинической инфекционной больницы им. С.П. Боткина, тел.: 8(812)409-79-43, e-mail: [taaksonova@yandex.ru](mailto:taaksonova@yandex.ru)

*Александрова Юлия Анатольевна* — заведующая отделением эндоскопии Клинической инфекционной больницы им. С.П. Боткина, тел.: 8(812)409-79-44, e-mail: [aleksjuan@mail.ru](mailto:aleksjuan@mail.ru)

*Авдошина Дарья Дмитриевна* — врач-инфекционист хирургического отделения Клинической инфекционной больницы им. С.П. Боткина, тел.: 8(812)246-06-31, e-mail: [darja\\_mikhailovich@mail.ru](mailto:darja_mikhailovich@mail.ru),

*Ткачев Сергей Николаевич* — врач-хирург хирургического отделения Клинической инфекционной больницы им. С.П. Боткина; тел.: 8(812)246-06-32, e-mail: [tsn00888@mail.ru](mailto:tsn00888@mail.ru)

*Медведев Константин Валерьевич* — руководитель хирургической службы Клинической инфекционной больницы им. С.П. Боткина, доцент кафедры факультетской хирургии им. профессора А.А. Русанова Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, к.м.н.; тел.: 8(812)246-06-32, e-mail: [meddoc76@yandex.ru](mailto:meddoc76@yandex.ru)