

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ФАСЦИОЛЁЗА

Туйчиев Лазиз Надирович¹, Ахмедова Муборахон Джалиловна¹, Шокиров Машрабжон Келдиевич², Имамова Ильмира Абдуллаевна¹, Каримова Мавлуда Турабджановна¹, Анваров Жахонгир Абралович¹
1 - Ташкентская медицинская академия, Республика Узбекистан, г. Ташкент;

2 - Центр санитарно-эпидемиологического благополучия и общественного здоровья Ферганской области, Республика Узбекистан, г. Фергана

СУРУНКАЛИ ФАСЦИОЛЁЗНИНГ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ ВА ТАШХИСОТДАГИ ҚИЙИНЧИЛИКЛАР

Туйчиев Лазиз Надирович¹, Ахмедова Муборахон Джалиловна¹, Шокиров Машрабжон Келдиевич², Имамова Ильмира Абдуллаевна¹, Каримова Мавлуда Турабджановна¹, Анваров Жахонгир Абралович¹
1 - Тошкент тиббиёт академияси, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.;

2 - Фарғона вилоят санитария-эпидемиологик осойишталик ва жамоат саломатлиги бошқармаси, Ўзбекистон Республикаси, Фарғона ш.

FEATURES OF THE COURSE AND DIFFICULTIES OF DIAGNOSIS OF CHRONIC FASCIOLIASIS

Tuychiev Laziz Nadirovich¹, Akhmedova Muborakhon Djalilovna¹, Shokirov Mashrabjon Keldievich², Imamova Imira Abdullaevna¹, Karimova Mavluda Turabdjhanovna¹, Anvarov Jakhongir Abralovich¹
1 - Tashkent Medical Academy, Republic of Uzbekistan, Tashkent;

2 - Center for Sanitary and Epidemiological Welfare and Public Health of Fergana Region, Republic of Uzbekistan, Fergana

e-mail: tmainfection@mail.ru

Резюме. ЖССТ маълумотларига кўра, фасциолёз эътибордан четда қолган тропик касалликлар рўйхатидаги қиритилган бўлиб, ҳозирги вақтда ҳар йили 2,6 миллионга яқин одам бу паразитозни юқтиради. Паразитар касалликлар, жумладан, фасциолёз билан касалланишнинг кўпайиши глобал иқлим ўзгаришлари, халқаро туризмнинг ривожланиши, шунингдек, айрим антропоген омиллар билан боғлиқдир. Фасциолёз гельминтозларнинг трематодалар гуруҳига кирувчи, фекал-орал механизм орқали юқади. Инсон организмидаги асосий патологик ўзгаришлар гельминтнинг жигар паренхимаси орқали миграцияси ва ўша ерда яшаши билан боғлиқ. Дегельминтизация одатда касалликнинг ўткир босқичининг белгилари йўқолганидан кейин тавсия этилади. Ўзбекистон Республикасининг Фарғона вилоятида ушбу зооноз биогеоминтознинг ҳозирги долзарблигини ҳисобга олиб, мақолада паразитознинг ушбу тури билан узоқ муддатли нотўғри таъхис билан даволаниб келган беморда фасциолёзнинг клиник ҳолатини тавсифланган. Тўғри таъхис беморда ЭРХПГ текшируви давомида 2,5 смлик фасциола аниқлангандан кейин тасдиқланган.

Калит сўзлар: гельминтозлар, фасциолёз, жигар зарарланиши, эозинофилия, иситма, холангит.

Abstract. Fascioliasis, according to the World Health Organization, included in the list of neglected tropical diseases, infects about 2,6 million people annually. The growth of parasitic diseases, including fascioliasis, is associated with global climate change, the development of international tourism, as well as with some anthropogenic factors. Thus, fascioliasis has become one of the most common types of helminthiasis, with the fecal-oral mechanism of transmission of the pathogen from the group of trematodes. The main pathological changes in the human body are associated with the migration of helminths through the liver parenchyma, which lasts for 4-6 weeks and is clinically characterized by fever and laboratory leukocytosis with eosinophilia. Deworming is prescribed to the patient after the extinction of the symptoms of the acute stage of the disease. Given the present importance of this zoonotic biohelminthosis in the Fergana area of the Republic of Uzbekistan, it appears promising to familiarize the article with this type of parasitosis by the example of describing a clinical case of fascioliasis in a patient with a long course of the disease. The case is noteworthy in that a 2.5 cm fasciola was discovered in the patient when checking the bile duct.

Key words: helminthiasis, fascioliasis, liver damage, eosinophilia, fever, cholangitis.

Актуальность. В настоящее время паразитарные болезни человека являются одной из глобальных проблем в медицине. *Fasciola gigantica* и *Fasciola hepatica*, являясь пищевыми трематодозами, стали новой проблемой здравоохранения в таких странах, как Юго-Восточная Азия и Латинская Америка [1, 2, 13]. Паразитам принадлежит

значительная роль в возникновении разнообразных по характеру проявлений и тяжести течения патологических реакций в различных органах и системах макроорганизма, даже в случаях субклинического течения заболевания [2, 3, 4, 5].

Подтверждение диагноза возможно при микроскопическом исследовании кала или дуоде-

нального содержимого с обнаружением в них яиц паразита, которые выявляются не ранее, чем через 3 месяца после заражения [13].

Дегельминтизация пациенту, как правило назначается после угасания симптомов воспаления. Перед дегельминтизацией назначаются средства патогенетической и симптоматической терапии, ферментные препараты, желчегонные антигистаминные средства, препараты, влияющие на моторику кишечника, пробиотики, и при необходимости дезинтоксикационная терапия. Средством выбора для проведения дегельминтизации по рекомендации ВОЗ является триклабендазол, эффективность которого оценивается по исчезновению яиц фасциол в дуоденальном содержимом через 4 - 6 месяцев [14, 15]. Ранняя диагностика фасциолёза, позволит провести своевременную терапию и добиться выздоровления, без хирургического вмешательства. При высокоинтенсивной инвазии фасциолами или присоединении вторичной бактериальной инфекции, ввиду патогенетического развития иммунодефицитных состояний, прогноз для пациента может быть серьезным, вплоть до летального исхода [10]. Это свидетельствует о важности и значимости проведения раннего диагностирования данного паразитарного заболевания на современном этапе. Учитывая актуальность данного зоонозного биогельминтоза в Ферганской области [6, 7, 8], широкого распространения сельского хозяйства и животноводства [9], широкого использования в сельском хозяйстве из арыков, а также отсутствие информирования населения о данном заболевании, учитывая возможность тяжелого течения заболевания, наличие проблем в терапии, становится целесообразным и крайне поучительным рассмотрение случая фасциолёза из клинической практики.

Нами представлен клинический случай, демонстрирующий сложность диагностики фасциолёза у пациентки косметолога занимающегося улиткотерапией.

Пациентка 1984 года рождения, проживает в городе Фергана. Работает в салоне красоты, занимается терапией улитками. По словам пациентки, болеет в течение 4 лет. Впервые в августе 2016 года развился приступ с локализацией болей в правом подреберье, в области груди, живота и в поясничной области, появления высыпаний на коже лица и тела.

При эпидемиологическом обследовании выявилось следующее: с пациентом контактировали родственники (близкие члены семьи), у которых не было никаких признаков заболевания. Пациент проживает в много квартирном доме в городе Фергана. В качестве питьевой воды использует централизованную водопроводную воду. Еду (овощи, фрукты и зелень) покупает в основном на рынке. Пациент

за последние 6 лет не покидала город, из за рубежа гости не приезжали. Пациент ни с чем не связывает заболевание. Основную причину заражения выявить врачам не удалось.

В городе Фергана, больная обратилась в гастроэнтерологическое отделение городской больницы №2, где после проведения пациентке инструментальных и лабораторных исследований, был выставлен диагноз «острый холецистит», по поводу которого получала амбулаторное лечение. Однако существенных изменений в общем состоянии у больной не было, время от времени возникали судороги. Во время приступа она принимала обезболивающие таблетки.

14 декабря 2019 года пациентка ввиду появления выраженных приступов болей колотого характера в правом подреберье, плече, в спине, и груди, а также в области живота вызвала скорую медицинскую помощь, которая доставила больную в Ферганскую общепрофильную больницу. На основании вышеизложенных жалоб, резкого снижения трудоспособности, общего недомогания, тошноты, рвоты, наличия иктеричности склер и кожных покровов, потери аппетита, появления потемнения цвета мочи (холурия) и ахолического кала была госпитализирована в отделение абдоминальной хирургии с диагнозом: Холедохолитиаз. Механическая желтуха. Биллиарная гипертензия.

При объективном осмотре общее состояние больной тяжелое, сознание ясное. В пространстве и во времени ориентируется. На вопросы отвечает, по существу. Костно-мышечная система без деформации, больная повышенного питания. Склеры и кожные покровы иктеричные (++). Тургор тканей сохранен. Периферические лимфатические узлы и лимфатические узлы брюшины не увеличены. Аускультативно в обоих легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные, пульс 102 ударов в минуту, среднего наполнения и напряжения, А/Д 120/70 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот мягкий при пальпации, чувствителен в правом подреберье и в эпигастральной области. Симптомы Ортнера и Мерфи положительные. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Печень и селезенка не увеличены. Перистальтика кишечника сохранена, стул ахоличный, моча темная, цветом пива. Менингеальные симптомы отрицательные.

16 декабря 2019 г. больной проведено обследование анализа кала и желчи (дуоденальное зондирование) в паразитологической лаборатории Ферганского областного центра санитарно-эпидемиологического надзора. В анализе кала паразиты и гельминты не обнаружены. В желчи обнаружены яйца фасциол. На основании УЗИ (в общем желчном протоке выявлена 1 волнистая

подвижная фасциола, реактивно увеличенные лимфатические узлы в области желчного пузыря, не калькулезный холецистит, застойный желчный пузырь, признаки холангита) и обнаружения фасциол в желчи, больной выставлен диагноз: Фасциолёз проксимальной трети общего желчного протока. Хронический не калькулезный холецистит. Липоматоз поджелудочной железы.

Лабораторные исследования: Общий анализ крови: гемоглобин 102 г/л, эритроциты $4,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $5,9 \times 10^9$ /л, эозинофил 7, СОЭ 21 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий белок 67,1 г/л, сахар в крови 6,0 г/л, общий билирубин 44 мкмоль/л, АЛТ 1,4 ммоль/л, АСТ 1,9 ммоль/л, ПТИ 81%, фибриноген 2,7 ед/л.

Ввиду наличия у пациента выраженного болевого синдрома и отсутствия эффекта, 19 декабря 2019 года, пациенту проведено хирургическое вмешательство: методом эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (ЭРХПГ) из желчного протока удалена фасциола размером в 2,5 см (фото 1).



Рис. 1. *F. hepatica* обнаруженный во время ЭРХПГ

Пациенту был выставлен диагноз «Фасциолёз. Хроническая форма». Больная получала стационарное лечение в течение 11 дней, где проводилось инфузионная, антибактериальная, симптоматическая терапия, антипаразитарная терапия: триклабендазол 10 мг/кг в сутки в два приёма интервалом в 12 часов в течении 1 суток.

Лабораторные исследования после лечения: Общий анализ крови: гемоглобин 115 г/л, эритроциты $4,4 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $9,4 \times 10^9$ /л, эозинофилы 3, СОЭ 10 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий белок 51,2 г/л, сахар в крови 5,5 г/л, билирубин 12 мкмоль/л, АЛТ 0,45 ммоль/л, АСТ 0,55 ммоль/л, ПТИ 56%, фибриноген 1,6 ед/л.

При повторной УЗИ после операции объем желчного пузыря уменьшился, конкрементов не обнаружено.

25.12.2019 общее состояние пациента с положительной динамикой. Болей в правом подреберье и в животе нет, кожные покровы без высы-

паний. При приближении лабораторных показателей крови ближе к норме, больной выписан домой под наблюдение врача терапевта и инфекциониста, с рекомендациями: соблюдение диеты, панкреатин по 2 таб х 3 раза в течение 10 дней во время еды, но-шпа 1 таб х 2 раза в течение 10 дней, амоксициллин 1 таб х 4 раза в течение 5 дней, с последующим приемом пробиотиков. Рекомендовано повторить лабораторное исследование на фасциоллёз через 3, 6 месяца и повторить приём триклабендазола 10 мг/кг в сутки в два приёма интервалом в 12 часов в течении 1 суток через 3 месяца после выписки из стационара при положительном лабораторном результате.

После выписки пациента, проводилось лабораторное исследование на фасциоллёз, путем исследования анализа кала и желчной жидкости - яйца фасциол не выявлены. Признаки заболевания не возобновлялись. При повторном исследовании УЗИ – подвижных личинок фасциол не обнаружены.

Заключение. Представленный клинический случай демонстрирует трудности, с которыми приходится сталкивающимся практикующим врачам в диагностике и лечении фасциолёза. Позднее обращение пациента за медицинской помощью и несвоевременная диагностика заболевания может привести к тяжелому течению болезни.

Не были учтены и эпидемиологические анамнестические данные, что свидетельствует об отсутствии настороженности по отношению к данному заболеванию даже в эндемичном регионе. Пациентка с фасциолёзом могла заразиться во время работы в салоне красоты, при кормлении и размножении улиток в домашних условиях (по литературным данным в 10% случаев) или при употреблении не хорошо промытой зелени [8, 12].

Клинический случай показывает, что только на основании клинических данных заподозрить данную инвазию довольно таки затруднительно, ибо подобная клиническая картина может быть характерна и для других заболеваний инфекционной и неинфекционной природы. Становится целесообразным проведение исследования кала пациента, с использованием стандартной и общедоступной методики на наличие яиц гельминтов, которые позволят своевременно исключить данную инвазию.

Для профилактики фасциолёза становится важным:

- 1) исключить использование в быту и употребление воды из открытых водоемов;
- 2) тщательно промывать салатную зелень водой лучше кипяченой;
- 3) регулярно проводить мероприятия по профилактической дегельминтизации скота и

предотвращению загрязнения их выделениями водоемов.

Таким образом, возрастает необходимость информирования людей о санитарно-эпидемиологической обстановке и возможном риске заражения фасциолезом, о мерах личной профилактики и действиях в случае заболевания, особенно в эпидемиологически неблагополучных районах.

Необходима эпидемиологическая настороженность, тщательный сбор анамнеза и грамотный анализ клинико-лабораторных данных, которые позволят провести раннее диагностирование и выбор правильной тактики терапии.

Литература:

1. Afshan K, Fortes-Lima CA, Artigas P, Valero AM, Qayyum M, Mas-Coma S. Impact of climate change and man-made irrigation systems on the transmission risk, long-term trend and seasonality of human and animal fascioliasis in Pakistan. *Geospat. Hlth.* 2014; 8: 317–34.
2. Бронштейн, А.М. Фасциолез с длительным бессимптомным течением у больного из Туркменистана, осложнившийся острой механической желтухой: описание случая и обзор литературы / А.М. Бронштейн [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2016. – № 21(2). – С. 92 – 98.
3. Бронштейн А.М. Тропические болезни и медицина болезней путешественников / А.М. Бронштейн. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 528 с.
4. Mohamed A. Mekky, Mohammed Tolba, Mohamed O. Abdel-Malek, Wael A. Abbas, Mohamed Zidan. Human Fascioliasis: A Re-emerging Disease in Upper Egypt. *Am J Trop Med Hyg.* 2015 Jul 8; 93(1): 76–79.
5. Bui T.D., Doanh P.N., Saegerman C., Losson B. Current status of fasciolosis in Vietnam: an update and perspectives. *J Helminthol.* 2016; 90(5):511-522. doi:10.1017/S0022149X15000929.
6. Абдушукуров, А.А. Случай фасциолеза в Узбекистане / А.А. Абдушукуров [и др.] // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. – 2016. – №3. – С. 60 – 63.
7. Tuychiev, L.N., Shokirov, M.K., Anvarov, J.A., Mukhidinova, S.B. Clinical case of fascioliasis diagnosed in patient with long time abdominal pain // *British Medical Journal.* – 2022. – Т. 2. – №. 1.
8. Tuychiev L. N., Shokirov M. K., Anvarov J. A. Some epidemiological aspects of fascioliasis in the Fergana region in 2018-2019 уу // *Новый день в медицине.* – 2021. – №. 1. – С. 251-255.
9. Шакарбоев, Э.Б. Трематоды – паразиты позвоночных Узбекистана / Э.Б. Шакарбоев, Ф.Д. Акрамова, Д.А. Азимов. *Мет. рекомен.* – Т. 2012. – 193с.
10. Сергиев, В.П. Паразитарные болезни человека / Сергиев В.П., Лобзин Ю.В., Козлов С.С. – СПб.: Фолиант, 2011. – 608 с.
11. Salahi-Moghaddam, Abdoreza & Afraa, Fereydoun. Epidemiology of Human Fascioliasis Outbreaks in Iran. *JAMM International.* 2013; 1. 10.5812/jamm.13890.
12. Harrington D, Lamberton P, McGregor A. Human liver flukes. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2017; 2:680–9. doi:10.1016/S2468-1253(17)30111-5.
13. Liu D, Zhu XQ. Fasciola. In: Liu D. (ed). *Molecular detection of human parasitic pathogens.* CRC Press, Taylor & Francis Group; Boca Raton. 2013; 343–351.
14. World Health Organization (WHO) Ntd, Human Fascioliasis: Review Provides Fresh Perspectives on Infection and Control. Available at: http://www.who.int/neglected_diseases/news/fascioliasis-review-provides-new-perspectives-infection-control/en/ 10, 2018.
15. Трематодозы пищевого происхождения // *Fact-sheets WHO /detail /foodborne-trematode-infections.* 8 августа 2020.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ФАСЦИОЛЁЗА

Туйчиев Л.Н., Ахмедова М.Дж., Шокиров М.К., Имамова И.А., Каримова М.Т., Анваров Ж.А.

Резюме. По данным Всемирной организации здравоохранения фасциолез входит в список забытых тропических болезней, современном этапе инфицируя ежегодно на около 2,6 миллион человек. Рост паразитарных заболеваний, в том числе и фасциоллеза, связывают с глобальными изменениями климата, развитием международного туризма, а также с некоторыми антропогенными факторами. Фасциолёз является одним из самых распространенных видов гельминтозов, с фекально-оральным механизмом передачи возбудителя из группы трематодозов. Основные патологические изменения в организме человека связаны с миграцией гельминта через паренхиму печени, и характеризуется клинически - лихорадкой, диспепсическими явлениями и лабораторно - лейкоцитозом с эозинофилией. Дегельминтизация обычно назначается после угасания симптомов острой стадии заболевания. Учитывая актуальность на сегодняшний день данного зоонозного биогельминтоза в Ферганской области Республики Узбекистан, становится перспективным ознакомление в статье с данным видом паразитоза на примере описания клинического случая фасциолёза у пациентки с длительным течением заболевания. Случай интересен тем, что при обследовании желчного протока у пациентки обнаружена фасциола размером 2,5 см.

Ключевые слова: гельминтозы, фасциолёз, поражение печени, эозинофилия, лихорадка, холангит.