

## ОПИСТОРХОЗ, ОСЛОЖНЕННЫЙ ХОЛАНГИОГЕННЫМ СЕПСИСОМ

М.В. Яременко, С.С. Козлов, Д.А. Гусев, В.Ф. Крумгольц  
 Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

**Opisthorchiasis, complicated by cholangiogenic sepsis**  
 M.V. Yaremenko, S.S. Kozlov, D.A. Gusev, V.F. Krumgoltz  
 Military Medical Academy by S.M. Kirov, Saint-Petersburg

Паразитарные инвазии в связи с их широким распространением имеют большое значение для практического здравоохранения в любом регионе мира. По данным Всемирной организации здравоохранения, паразитарными болезнями в мире заражено более 4,5 млрд человек [5]. В РФ на территории Обь-Иртышского бассейна находится самый крупный в мире очаг описторхоза [1, 3], в котором поражение населения этим гельминтозом доходит до 1000 на 100 000 населения [5].

Среди клинических форм описторхоза, в основном, преобладают стертые и латентные формы (до 30 – 40%) [3, 5]. Описторхоз способствует развитию воспалительных заболеваний желчевыводящих путей, а в ряде случаев при длительном паразитировании может привести к канцерогенезу [4, 5, 6]. В связи с этим представляет интерес клинический случай описторхоза, осложненного холангиогенным сепсисом.

В октябре 2005 г. в клинику инфекционных болезней Военно-медицинской академии поступил на обследование больной Я., 57 лет, с предварительным диагнозом «Хронический сепсис с множественными (метастатическими) очагами в печени».

При поступлении предъявлял жалобы на общую слабость, потливость.

Из анамнеза установлено, что считает себя больным с конца октября 2004 г., когда на фоне полного благополучия температура тела повысилась до 40° С, что сопровождалось ознобом и потливостью. «Скорой помощью» был доставлен в инфекционное отделение, а затем переведен в хирургическое отделение ЦРБ г. Сургут, где находился на лечении с 22.10.04 г. по 26.11.2004 г. с диагнозом «Множественные кисты печени и селезенки, осложненные нагноением. Сепсис. ТЭЛА мелких ветвей легочной артерии». В ходе обследования в клиническом анализе крови определялся лейкоцитоз ( $12,5 \times 10^9/\text{л}$ ) и ускоренная СОЭ (60 мм/ч), по данным компьютерной томографии органов брюшной полости обнаружены множественные жидкостные образования селезенки (поликистоз селезенки с нагноением), кисты печени,

гепатоспленомегалия. 27.11.2004 г. были выполнены: спленэктомия (результаты гистологического исследования — ткань селезенки с нарушением структуры за счет множественных абсцессов), а также вскрытие и тампонирование кист печени. Проведен курс антибактериальной терапии (цефотаксим, гентамицин, метрогил, сульперазон). После проведенного комплексного лечения температура тела нормализовалась, был выписан в удовлетворительном состоянии. В начале февраля 2005 г. больной вновь отметил повышение температуры до 39° С, озноб, общую слабость, потливость. С 11.02.05 г. по 15.03.05 г. повторно госпитализирован в хирургическое отделение ЦРБ г. Сургут с диагнозом «Постспленэктомический сепсис. Токсическая анемия средней степени тяжести. Эрозивный колит. Поликистоз печени. Послеоперационная вентральная грыжа». При обследовании выявлена анемия (эритроциты —  $2,8 \times 10^{12}/\text{л}$ , Hb — 94 г/л), лейкоцитоз ( $9,9 \times 10^9/\text{л}$ ) со сдвигом лейкоцитарной формулы влево (палочкоядерные нейтрофилы — 10%), ускоренное СОЭ (55 мм/ч). В биохимическом анализе крови повышены АЛТ (1,6 ммоль/л.ч), АСТ (0,8 ммоль/л.ч), в коагулограмме — увеличение содержания фибриногена (6,4 г/л) и снижен протромбиновый индекс (64%). В посевах крови на стерильность однократно — рост эпидермального стафилококка. Компьютерная томография органов брюшной полости: гепатомегалия, объемные образования в печени. Колоноскопия: эрозии и дивертикулы толстой кишки. Эхокардиография и рентгенография грудной клетки — без патологии. После повторного курса антибактериальной (цефазолин, цефотаксим, метрогил, амикацин) и патогенетической терапии (глюкозо-солевые растворы, спазмолитики), сеансов ГБО, ультрафиолетового облучения крови температура тела нормализовалась, больной выписался в удовлетворительном состоянии. В течение 6 месяцев пациент чувствовал себя удовлетворительно, сохранялась работоспособность. С сентября 2005 г. вновь появились эпизоды периодического повышения температуры тела по вечерам (38 – 39°С), купиру-

ющиеся приемом жаропонижающих препаратов, появились слабость, потливость. В октябре 2005 г. для обследования и лечения был госпитализирован в клинику инфекционных болезней Военно-медицинской академии.

Из эпидемиологического анамнеза было установлено, что последние 20 лет пациент проживал в эндемичной области по описторхозу, неоднократно употреблял в пищу термически не обработанную рыбу (строганину).

При поступлении в клинику состояние больного было оценено как удовлетворительное. Температура тела нормальная. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. Пульс 78 в 1 мин., ритмичный, удовлетворительных качеств. АД 120/80 мм рт. ст. Границы абсолютной и относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца звучные, шумы не выслушивались. При аускультации легких — везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 14×12×10 см, край выступал из-под реберной дуги на 4 см, мягко-эластичный, безболезненный. Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон. Со стороны нервной системы патологии не выявлено.

Учитывая наличие в течение года периодических эпизодов длительной фебрильной лихорадки (38–40°C), результатов стационарных обследований, данных эпидемиологического анамнеза был поставлен предварительный диагноз: «Хронический сепсис с множественными (метастатическими) очагами в печени, возможно, связанный с описторхозом».

В ходе обследования была выявлена анемия (эритроциты —  $3,1 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин — 83 г/л), лейкоцитоз ( $12,2 \times 10^9/л$ ), тромбоцитоз ( $810 \times 10^9/л$ ), ускоренная СОЭ (58 мм/ч). В биохимических показателях отмечалось повышение: щелочной фосфатазы (665,7 Ед/л), ЛДГ (363 Ед/л), глобулинов (51 г/л), фибриногена (5,5 г/л). Показатели АЛТ, АСТ, билирубина были в норме. Содержание альбуминов (28,7 г/л) и сывороточного железа (5,27 ммоль/л) было снижено. При иммунологическом исследовании крови выявлено повышение иммуноглобулинов всех классов, наиболее высокие показатели отмечались IgG (22,8 г/л). Определялась диспротеинемия (27,65%). По результатам лабораторных исследований были исключены эхинококкоз, туберкулез, бруцеллез, вирусные гепатиты В и С, псевдотуберкулез, иерсиниоз, шигеллез, сальмонеллез, сифилис и ВИЧ-инфекция. Методом ИФА с описторхозным антигеном обнаружили антитела в титре 1/800. При повторных анализах кала обнаружены яйца *Opisthorchis felinus* (рис. 1). Посевы крови, кала и мочи на питательные среды роста микроорганизмов не дали.

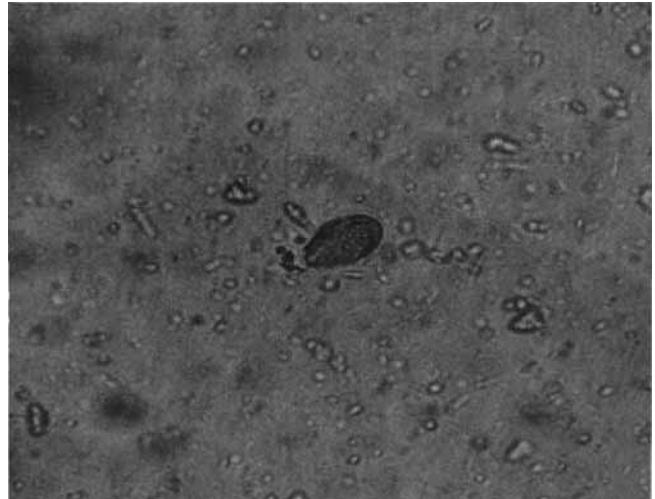


Рис. 1. Яйцо *Opisthorchis felinus*

Были выполнены инструментальные исследования: рентгенография органов грудной клетки и придаточных пазух носа (без патологических изменений); ортопантомография (очагов хронической одонтогенной инфекции не выявлено); УЗИ органов брюшной полости (выраженная гепатомегалия, очаговые изменения в печени, вероятно, узлы (рис. 2, 3), деформация желчного пузыря, уплотнение поджелудочной железы); МРТ органов брюшной полости (множественные объемные образования в печени, вероятно, вторичного характера, МР-картина хронического панкреатита); КТ головы и придаточных пазух носа (без патологических изменений); ЭКГ (вариант нормы); ЭХОКГ (незначительное уплотнение стенок аорты); ФГДС (смешанный антральный гастрит, дуоденогастральный рефлюкс); фиброколоноскопия (наружный геморрой вне обострения, дивертикулы сигмовидной кишки).



Рис. 2. Очаг в правой доле печени



**Рис. 3.** Очаг в левой доле печени

Больной был консультирован специалистом по хирургическим инфекциям, хирургом, офтальмологом, стоматологом, микологом и паразитологом.

В процессе комплексного обследования поставлен окончательный диагноз: «Описторхоз. Осложнение: холангиогенный сепсис, ремиссия».

Пациент получил противопаразитарное лечение (билтрицид в суточной дозе 6,0), инфузионно-детоксикационную терапию, желчегонный препарат (аллохол), спазмолитик (но-шпа), супрастин и как антиагрегантное средство — аспирин.

На фоне комплексного этиопатогенетического лечения купировался астенический синдром, лихорадка не возобновлялась.

Больной выписан в удовлетворительном состоянии на 17-е сутки стационарного лечения под наблюдение врача-инфекциониста.

Данный клинический случай еще раз подтверждает, что несвоевременная диагностика и лечение описторхоза может приводить к развитию абсцессов печени и холангиогенного сепсиса. При этом следует отметить, что до развития сепсиса описторхоз у больного протекал в латентной форме. Практическому врачу, особенно в очагах описторхоза, в неясных клинических случаях необходимо консультироваться с паразитологом, неоднократно проводить исследование кала и желчи на яйца гельминтов в сочетании с серологическими исследованиями. Своевременное лечение описторхоза позволяет предупредить развитие осложнений со стороны желчевыводящих путей.

#### Литература

1. Бронштейн, А.М. Паразитарные болезни человека: протозоозы и гельминтозы / А.М. Бронштейн, К.М. Токмаев. — М.: Издательство Российского университета дружбы народов, 2002. — 208 с.
2. Бычков, В.Г. Описторхоз и рак печени у населения гиперэндемического очага / В.Г. Бычков. — Новосибирск: Наука, 1992. — 175 с.
3. Лепехин, А.В. Эпидемиология, клиника и профилактика описторхоза / А.В. Лепехин [и др.]. — Томск: Издательство Томского университета, 1992. — 232 с.
4. Николаева, Н.Н. Описторхоз (эпидемиология, клиника, диагностика, лечение) / Н.Н. Николаева [и др.]. // Врач. — 2005. — № 7. — С.17–21.
5. Паразитарные болезни человека (протозоозы и гельминтозы): Руководство для врачей / под ред. В.П. Сергиева, Ю.В. Лобзина, С.С. Козлова. — СПб: ООО «Издательство Фолиант», 2008. — 592 с.
6. Chapman, R.W. Risk factors for biliary tract carcinogenesis / R.W. Chapman // Ann Oncol. — 1999. — Vol. 10. — P. 308–311.

#### Авторский коллектив:

*Яременко Михаил Васильевич* — преподаватель кафедры инфекционных болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова.

*Козлов Сергей Сергеевич* — профессор кафедры инфекционных болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова.

*Гусев Денис Александрович* — профессор кафедры инфекционных болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова.

*Крумгольц Вячеслав Францискович* — ассистент кафедры инфекционных болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова

Контактный телефон: 8(812)292-33-57.