

ЗАВОЗНОЙ ОСТРЫЙ ОПИСТОРХОЗ В МОСКВЕ: ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКОЙ И ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ

А.М. Бронштейн^{1,2,3}, С.С. Козлов^{4,5,6}, Н.А. Малышев⁷, С.В. Бурова², М.С. Максимова¹, Л.В. Федянина¹, И.В. Давыдова⁷

¹ Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

² Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

³ Инфекционная клиническая больница № 1, Москва, Россия

⁴ Детский научно-клинический центр инфекционных болезней, Санкт-Петербург, Россия

⁵ Военно-медицинская академия им С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

⁶ Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург, Россия

⁷ Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия

Acute infection of *Opisthorchis felinus* in Moscow: cases from delivered fish and cases in tourists travelled to endemic regions in Russia

А.М. Bronshtejn^{1,2,3}, S.S. Kozlov^{4,5,6}, N.A. Malyshev⁷, S.V. Burova², M.S. Maksimova¹, L.V. Fedyanina¹, I.V. Davydova⁷

¹ First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov, Moscow, Russia

² Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov, Moscow, Russia

³ Infectious clinical hospital №1, Moscow, Russia

⁴ Pediatric Research and Clinical Center for Infectious Diseases, Saint-Petersburg, Russia

⁵ Military Medical Academy named after S.M. Kirov, Saint-Petersburg, Russia

⁶ Saint-Petersburg State Pediatric Medical University, Saint-Petersburg, Russia

⁷ Moscow State Medical Stomatological University named after A.I. Evdokimov, Moscow, Russia

Резюме

Проанализировано 10 случаев острой стадии описторхоза у больных, проживающих в Московском регионе, которые заразились при употреблении в пищу рыбы, присланной из Тюменской и Свердловской областей (5 чел.) и при употреблении рыбы во время краткосрочного пребывания в Томской и Астраханской областях (5 чел.). У всех больных имелись клинические симптомы острой стадии, наиболее типичными из которых являлись лихорадка, эозинофилия и холестаза. У 8 лиц, употреблявших в пищу зараженную рыбу, признаки заболевания отсутствовали. Хотя у всех 18 лиц, находившихся под наблюдением, был одинаковый пищевой анамнез, причины различий между лицами, у которых развилась острая стадия, и теми, у которых не было клинических проявлений инвазии, не установлены. Яйца *O. felinus* в фекалиях были выявлены у всех 10 больных. Основным фактором заражения человека *O. felinus* в Московском регионе являлась рыба (лещи (*Abramis brama*) и язи (*Leuciscus idus*)), которая была прислана из эндемичных очагов. В связи с отсутствием яиц *O. felinus* в фекалиях в начальном периоде острой стадии инвазии принципиально важным является тщательный сбор пищевого анамнеза, свидетельствующий об употреблении в пищу

Abstract

We describe the human acute opisthorchiasis outbreaks in Moscow region acquired from eating raw *Leuciscus idus*, *Abramis brama* and *Aspius aspius* in 10 patients: 5 delivered fish from Tyumen and Sverdlovsk regions and 5 – from fish during their travelling to Tomsk and Astrakhan regions. Although, 18 people had identical history of consumption raw fish 10 had clinical symptoms of which the most frequent one was febrile eosinophilic syndrome. Other 8 people had no clinical symptoms. Eggs of *O. felinus* were found in 10 patients. Due to risk of cholangiocarcinoma in patients infected with *O. felinus* we recommend one day of praziquantel 25 mg/kg TID. Although opisthorchiasis is not frequently reported in Moscow region, it should be considered in cases of unexplained acute febrile eosinophilic syndrome with cholestasis, especially when patients confirm the ingestion of raw fish.

соленой и вяленой рыбы карповых пород. Пищевой анамнез, а также типичная клиническая симптоматика (лихорадка, боли в правом подреберье), повышение уровня лейкоцитов, эозинофилов и ферментов печени, указывающие на холестаза, должны служить основанием для проведения более тщательного медицинского обследования с целью подтверждения диагноза описторхоза и проведения лечения празиквантелом.

Ключевые слова: *Opisthorchis felinus*, *Leuciscus idus*, *Abramis brama*, *Aspius aspius*, лещ, язь, жерех, Москва, описторхоз, острая стадия, празиквантел.

Key words: *Opisthorchis felinus*, *Leuciscus idus*, *Abramis brama*, *Aspius aspius*, opisthorchiasis, Russia, Moscow, acute stage, praziquantel

Введение

Возбудители описторхоза и клонорхоза (*Opisthorchis felinus*, *O. viverrini* и *Clonorchis sinensis*) — трематоды, которые локализуются в желчевыводящих протоках печени, а иногда в протоках поджелудочной железы. Это небольшие плоские черви длиной 5–20 мм, шириной 1–4 мм. Между возбудителями имеются некоторые отличия в морфологии, биологии и эпидемиологии, однако в патогенезе, клинике, диагностике и лечении существенных различий не отмечается. По данным ВОЗ и оценкам некоторых исследователей, в мире ориентировочно около 18 млн человек заражено этими гельминтами [1, 2].

Наиболее крупный и интенсивный очаг *O. felinus* расположен в России, на территориях речных бассейнов Оби и Иртыша, менее интенсивные — в бассейнах Волги, Камы, Дона, Днепра [4, 5]. В странах Восточно-Азиатского региона (КНР, Таиланд, Южная Корея, Лаос, Вьетнам и др.) локализуются очаги *O. viverrini* и *C. sinensis*. В России очаги клонорхоза находятся в бассейне реки Амур [1, 2].

Заражение *O. felinus*, *O. viverrini* и *C. sinensis* происходит при употреблении в пищу сырой или недостаточно термически обработанной рыбы карповых пород, которая инвазирована личинками (метацеркариями) этих гельминтов.

Рост заболеваемости трематодозами в мире, которые передаются пищевым путем, а также отдельные вспышки острого описторхоза в некоторых странах Европы позволяют в настоящее время рассматривать эти гельминтозы как «возникающие» («emerging») инфекции [6–8].

Многолетние данные Роспотребнадзора показывают, что эпидемическая ситуация в регионах Западной Сибири на территориях речных бассейнов Оби и Иртыша в отношении описторхоза существенно не изменилась, при этом пораженность некоторых видов рыб, в частности язей, может достигать 100%.

По данным врачей-эпидемиологов Роспотребнадзора высокий уровень пораженности населения и рыбы в эндемичных очагах во многом свя-

зан с отсутствием дезинвазивных технологий на очистных сооружениях канализации и отсутствием низкотемпературных камер на рыбоперерабатывающих заводах [9].

Описторхисы паразитируют в желчных протоках печени и протоках поджелудочной железы человека и рыбоядных животных. После употребления в пищу зараженной рыбы личинки *O. felinus* мигрируют в желчные протоки, где в течение 3–4 недель достигают половой зрелости и начинают откладывать яйца.

Инкубационный период составляет от 7 дней до 3 недель, в среднем около 14 суток. В течении болезни выделяют острую и хроническую стадии. В основе острой стадии лежит токсико-аллергический синдром, развитие которого патогенетически связано с воздействием метаболитов, выделяемых личинками гельминтов при их активной миграции и созревании в желчных протоках. Хроническая стадия описторхоза наступает с началом яйцекладки паразитами, которые достигли своих эволюционно обусловленных мест локализации (желчные протоки печени и поджелудочной железы). Болезнь может протекать в латентной, легкой, среднетяжелой и тяжелой формах. Во многом тяжесть течения связана с интенсивностью инвазии (числом съеденных жизнеспособных метацеркариев). В ряде случаев течение болезни может осложняться обструкцией желчных протоков, развитием желтухи, рецидивирующего холангита, абсцессов печени, острого панкреатита и желчного перитонита [10,11].

В настоящее время установлена этиопатогенетическая связь описторхоза с развитием холангиокарциномы печени, которая часто встречается в эндемичных очагах этого биогельминтоза. Развитие холангиокарциномы представляет собой многофакторный процесс, при котором паразиты играют роль стимуляторов злокачественного роста [12].

В Москве ежегодно регистрируются многочисленные случаи этого гельминтоза у жителей эндемичных зон, которые приезжают в столицу.

Вместе с тем, среди москвичей также отмечаются случаи описторхоза.

Цель исследования — изучение случаев описторхоза у постоянных жителей Москвы (неэндемичная зона), заразившихся при употреблении в пищу рыбы, присланной из Тюменской и Свердловской областей, а также инвазированных описторхами во время их временного пребывания на территориях Томской и Астраханской областей, эндемичных по описторхозу.

Материалы и методы

Все пациенты самостоятельно обратились за медицинской помощью и были консультированы в Кабинете паразитарных болезней Инфекционной клинической больницы (ИКБ) № 1 города Москвы (клиническая база кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии Российского научно-исследовательского медицинского университета (РНИМУ) им. Н.И. Пирогова, далее Кабинет). Всем им было проведено физикальное обследование, собран анамнез, а также проведены паразитологические исследования фекалий с использованием седиментационного эфир-формалинового метода. Кроме того, выполнены иммунологические исследования с использованием тест-системы по определению специфических IgG к описторхам (Opisthorchis-IgG-EIA-BEST, Вектор-Бест, Новосибирск, РФ). Результаты учитывались в коэффициенте позитивности (КП). В ряде случаев выполнялись общеклинические и некоторые биохимические исследования крови и мочи.

Результаты и обсуждение

Под нашим наблюдением находились две группы больных: 5 человек с острым описторхозом средней степени тяжести и 5 человек с острым описторхозом легкой степени тяжести. Кроме того, были обследованы 8 человек («группа риска»), которые употребляли в пищу зараженную рыбу вместе с заболевшими. У всех обследованных клинические проявления заболевания отсутствовали, а выполненные лабораторные тесты позволили исключить диагноз описторхоза.

Из анамнеза установлено, что все заболевшие употребляли в пищу слабосоленую рыбу однократно, съев её около 150–250 г. При этом ранее им никогда рыбу из северных регионов не присылали и сами они за пределы Московской области никогда не выезжали. Самодельным посолом рыбы также никогда не занимались.

У всех заболевших инкубационный период длился от 12 до 18 дней. Следует, однако, отметить, что расчет длительности инкубационного периода основывался лишь на информации, полученной от больных через 3 и более недель от начала заболе-

вания, и точкой отсчета служила приблизительная дата употребления ими в пищу рыбы семейства карповых. Поэтому можно полагать, что истинная длительность инкубационного периода могла отличаться на 5–7 дней. Во всех случаях употребление рыбы сопровождалось приемом алкогольных напитков. Сопоставление длительности инкубационного периода со степенью тяжести течения заболевания не выявило какой-либо корреляционной связи.

В первую группу вошли 5 человек с описторхозом средней степени тяжести. Двое больных (случаи 1 и 2) употребляли в пищу слабосоленого язя, выловленного в Ханты-Мансийске, двое больных (случаи 3 и 4) — слабосоленого леща (из Тюмени и из Свердловской области) и один больной, будучи в однодневной командировке в Томской области, ел слабосоленого язя, приобретенного с рук.

У всех больных отмечалось острое начало болезни с повышением температуры до 39,8–40°С, которая держалась в течение 2–4 дней, затем она снижалась, но оставалась на субфебрильном уровне еще в течение 8–22 суток. В этот период все пациенты предъявляли жалобы на умеренно или сильно выраженные боли в правом подреберье, тошноту, снижение аппетита, общую слабость. При исследовании крови выявлялись изменения со стороны клеточного состава и некоторых биохимических показателей (табл. 1).

Таблица 1

Клинико-лабораторные показатели у больных со средней степенью тяжести болезни

Показатель/случай	1	2	3	4	5
Лейкоциты 10 ⁹ /л (4,000–10,000)	23,7	15,2	18,0	14,0	16,2
Эозинофилы % (0–5)	28	24	42	26	32
Эозинофилы 10 ⁹ /л (0–0,45)	663,6	364,8	756	364,0	518,4
Щелочная фосфатаза Ед/л (40–129)	349,6	314,7	243,7	378,4	285,7
Гамма-глутамилтрансфераза Ед/л (0–16)	542,3	263,5	318,7	184,5	328,9
Аспарат аминотрансфераза Ед/л (0–37)	83,9	128,7	94,6	114,7	86,7
Аланин аминотрансфераза Ед/л (0–41)	136,7	165,9	98,3	160,9	114,5

Во всех случаях клиническая диагностика и интерпретация лабораторных показателей представляли определенные трудности для врачей, к которым впервые обратились пациенты.

Случай 1. Больной А., 32 лет, в течение 7 дней был в командировке в Ханты-Мансийске, где рыбу не ел, но с собой привез язя холодного копчения, купленного с рук, весом около 500 г. Уже в Москве съел этого язя вместе с женой. Через 12 дней появились сильные боли в правом подреберье. В это время обратил внимание на то, что утренняя моча стала темной. Обратился к врачу. При амбулаторном обследовании выявлено повышение уровня активности АлАТ и АсАТ, что послужило причиной госпитализации в инфекционное отделение больницы (на 6-й день от начала болезни). К этому времени боли в правом подреберье спонтанно исчезли. При поступлении в стационар: состояние средней тяжести. Кожные покровы субиктеричны, склеры желтушны. Живот при пальпации мягкий безболезненный, печень увеличена, и выступает на 1 см из-под края правой реберной дуги. Лабораторные тесты выявили анти-НСV и положительный результат ИФА к гепатиту С. В анализах кала яйца гельминтов не выявлены. Выписан с диагнозом: хронический вирусный гепатит С, период обострения, средней тяжести.

После выписки самочувствие удовлетворительное. В связи с тем, что больному в стационаре был установлен диагноз вирусного гепатита С, то он самостоятельно дополнительно провел обследование в нескольких лабораториях г. Москвы, по результатам которых диагноз был снят. На 6-й неделе от даты предполагаемого заражения в анализе кала выявлены единичные яйца описторхисов. ИФА-тест на описторхоз (IgG) оказался отрицательным. Паразитологически диагностирован описторхоз, и проведено лечение празиквантелом, что привело к излечению.

Случай 2. Больная О., 33 лет (жена больного А.). В один день с мужем съела половину того же язя. Через 12 дней отметила подъем температуры до 40° С и боли в правом подреберье. Обследовалась амбулаторно. Лихорадка и боли в правом подреберье держались в течение 4 дней, а затем самостоятельно купировались. В этот период обследовалась паразитологически, в анализах кала яйца гельминтов не обнаружены. Было рекомендовано иммунологическое исследование крови на содержание специфических иммуноглобулинов к ряду гельминтов. Проведенный ИФА-тест на описторхоз был отрицательный, но положительный на трихинеллез (КП — 1,812) и токсокароз (КП — 1,284). При обращении к врачу поликлиники по месту жительства был поставлен диагноз: «Трихинеллез и токсокароз». В этой связи было рекомендовано обратиться за консультацией к специалисту по паразитарным и тропическим болезням в «Кабинет». На 7-й неделе от времени предполагаемого заражения при обращении к специалисту в анализах кала обнаружены единичные яйца описторхисов.

Диагностирован описторхоз, назначено и проведено лечение празиквантелом. При контрольном обследовании через 1 месяц, 2 месяца и 3 месяца жалоб нет, яйца гельминтов в кале не обнаруживались. Лабораторные показатели крови через 6 месяцев были в пределах нормы.

Случай 3. Больная К., 56 лет, отметила острое повышение температура до 40° С, которая держалась двое суток, а затем в течение одной недели — субфебрильная. При обращении в поликлинику в общем анализе крови выявлен повышенный уровень лейкоцитов и эозинофилов (см. табл. 1). Установлен предварительный диагноз «Острый лейкоз» и рекомендована консультация гематолога. На 4-й неделе от начала заболевания пациентка самостоятельно обратилась в «Кабинет». При физикальном обследовании, изучении данных лабораторных исследований и анамнеза было заподозрено, что имевшиеся клинические признаки могли быть проявлениями острого описторхоза. Из анамнеза было установлено, что за 2–3 недели до болезни она съела маленький кусочек соленой рыбы (леща), которую привезли из Тюмени. В анализах кала обнаружены яйца описторхисов. ИФА-тест на описторхоз был отрицательный. По результатам паразитологических исследований был установлен диагноз «описторхоз» и проведено лечение празиквантелом. Через 6 месяцев все лабораторные показатели были в пределах нормы. Яйца гельминтов не обнаруживались.

Все «контактные лица» (5 чел.), которые также употребляли в пищу эту рыбу, были трижды обследованы (на протяжении трех месяцев). Каких-либо клинических и лабораторных данных, включая серологические тесты, свидетельствующих об описторхозной инвазии, получено не было.

Случай 4. Житель Москвы Д., 46 лет, вместе с тремя друзьями съели вяленого леща, которого ему прислали из одного из районов Северного Урала (Свердловская область). Через 18 дней пациент отметил повышение температуры до 39,4° С, которая держалась в течение трех дней, а затем снизилась до субфебрильных цифр держалась на протяжении 4 недель. В течение первой недели болезни беспокоили умеренные боли в правом подреберье. Обратился к врачу на 5-й неделе болезни. При обследовании выявлено повышение уровня лейкоцитов и эозинофилов и повышение уровня трансаминаз. При обращении и обследовании в «Кабинете» в кале обнаружены яйца *O. felinus*, диагностирован описторхоз. В крови определялись антитела к описторхам (КП — 4,644), трихинеллам (КП — 1,052) и токсокарам (КП — 1,422). Дополнительно проведенные клиничко-лабораторные исследования позволили исключить токсокароз и трихинеллез. Проведено лечение празиквантелом. При контрольных исследованиях через 3 месяца яйца гельминтов в

образцах кала не были выявлены. К этому времени общеклинические и биохимические показатели крови нормализовались. В ИФА определялись антитела только к описторхам (КП — 4,862).

Трое лиц из «контактной группы» были также трехкратно обследованы на описторхоз с отрицательными результатами копроскопии и ИФА-теста. При этом у одного из них тест на токсокароз оказался положительным с низким КП (1,122).

Случай 5. Больной В., 20 лет, житель Москвы, в течение одного дня находился в Томске, где неоднократно употреблял в пищу вяленого язя, купленного с рук. Через 11 дней, уже в Москве, он отметил повышение температуры до 39,4° С. Была однократная рвота, которая принесла облегчение. Пациента беспокоили боли в животе, больше в правой околопупочной области. Скорой помощью был госпитализирован в стационар. При поступлении отмечалась иктеричность кожи и склер. В анализах крови повышение уровня лейкоцитов, эозинофилов и печеночных ферментов. По данным УЗИ — увеличение размеров печени. Был установлен диагноз «токсический гепатит». Проводилась симптоматическая терапия, после чего на 8-й день выписан с улучшением. На 5-й неделе от даты предполагаемого заражения самостоятельно обратился за консультацией в «Кабинет», в связи с тем, что пациента беспокоил кашицеобразный стул и умеренное вздутие живота. Серологическое исследование сыворотки крови методом ИФА выявило наличие антител к описторхам (КП — 2,282), трихинеллам (КП — 1,112) и токсокарам (КП — 1,462). При исследовании кала были обнаружены единичные яйца *O. felineus*. Диагностирован описторхоз, проведено лечение празиквантелом. Диагнозы трихинеллеза и токсокароза были сняты. При контрольном обследовании через 6 месяцев жалоб нет, все лабораторные показатели в норме.

Во вторую группу исследования вошли больные острым описторхозом легкой степени тяжести.

Пять жителей Москвы в возрасте от 45 до 52 лет в течение двух недель занимались рыбной ловлей в Астраханской области. Через две недели после приезда из Астрахани все больные отметили слабость и утомляемость. Трое из них отмечали болезненность, чувство тяжести и дискомфорт в правом подреберье, а у двух больных в течение одной недели отмечалась субфебрильная температура. Опасаясь какой-либо инвазии, все они самостоятельно обратились в «Кабинет». Из анамнеза было установлено, что приблизительно 6 недель тому назад все они съели по одному кусочку (ориентировочно по 40 — 100 г) жереха (*Aspius aspius*), которого поймали и самостоятельно посолили (однодневный посол). При лабораторном исследовании крови отмечено увеличение числа эозинофилов и повышение уровня трансаминаз (табл. 2).

Таблица 2

Клинико-лабораторные показатели у больных с легкой степенью тяжести болезни

Показатель/случай	1	2	3	4	5
Лейкоциты 10 ⁹ /л (4,000 — 10,000)	12,3	9,8	10,2	8,9	11,7
Эозинофилы % (0 — 5)	25	12	16	14	12
Эозинофилы 10 ⁹ /л (0 — 0,45)	307,5	117,6	163,2	124,6	140,4
Щелочная фосфатаза Ед/л (40 — 129)	130,1	98,7	68,8	112,5	82,6
Гамма-глутамилтрансфераза Ед/л (0 — 16)	127,8	76,2	54,7	82,3	112,7
Аспарат аминотрансфераза Ед/л (0 — 37)	54,7	72,3	48,3	67,8	42,5
Аланин аминотрансфераза Ед/л (0 — 41)	57,6	68,7	72,9	84,2	76,5

При паразитологическом обследовании у всех больных в фекалиях были обнаружены единичные яйца *O. felineus* и установлен диагноз описторхоза легкой степени тяжести. Всем больным проведено лечение празиквантелом. ИФА-тест на описторхоз был положительный только у двух больных (КП — 3,844 и 4,222). После проведенного лечения через 6 мес. никто из них жалоб не предъявлял, все исследуемые лабораторные показатели были в норме. ИФА-тест на описторхоз показал слабopоложительные результаты (КП — 1,122 и 1,224 соответственно).

Паразитарные болезни нередко называют «болезнями путешественников», поскольку многие из них, включая описторхоз, неравномерно распределены на обжитых континентах и имеют природную очаговость, которая связана с определенными ландшафтами и экосистемами. Кроме людей, могут «путешествовать» и продукты питания, с которыми паразиты попадают на несвойственные им территории.

Среди паразитарных заболеваний, передающихся пищевым путем, в Москве наиболее часто заражаются трихинеллезом, дифиллоботриозом и описторхозом от мяса и рыбы, присланных из других регионов [15]. Было показано, что у лиц, впервые употреблявших в пищу сырую зараженную рыбу, клинически выраженная острая стадия описторхоза развивается не всегда [3, 16 — 18].

Приведенные клинические наблюдения показывают, что острая стадия описторхоза средней степени тяжести наблюдалась только у половины больных со свойственной ей клинической симптоматикой. У другой части пациентов отмечалось легкое течение заболевания со скудной клинической

кой картиной и нерезко выраженной общетоксической симптоматикой. При этом во всех случаях первоначально появившиеся симптомы спонтанно купировались ко 2–4-й неделе, а у части больных они полностью отсутствовали.

Отдельно стоит отметить, что не все лица, которые употребляли в пищу заведомо инвазированную рыбу, инфицировались описторхами.

В регионах с высоким уровнем пораженности населения местные жители и работники органов здравоохранения хорошо информированы об описторхозе, что способствует своевременной диагностике и лечению больных. Вместе с тем, в неэндемичных районах, в частности в Московском мегаполисе, случаи описторхоза носят спорадический характер, а неспецифические проявления болезни затрудняют своевременную диагностику.

Приведённые наблюдения, а также наш клинический опыт свидетельствуют, что очень часто при обращении больных описторхозом в различные лечебные учреждения им устанавливают различные ошибочные диагнозы: лихорадка неясной этиологии, острый гепатит, токсический гепатит, острый панкреатит, острый холецистопанкреатит, острый пиелонефрит, острый лейкоз, трихинеллез, токсокароз и др. Диагностика описторхоза в острой стадии осложняется еще и тем, что в фекалиях отсутствуют яйца, поскольку *O. felineus* достигают половой зрелости и приступают к яйцекладке обычно через месяц после заражения. В этой связи принципиально важным является тщательный сбор анамнеза, который, наряду с характерной клинической картиной (лихорадка, лейкоцитоз, эозинофилия, боли в правом подреберье), позволяет с высокой долей вероятности заподозрить острый описторхоз.

Результаты иммунологических исследований по определению специфических IgG у большинства больных были противоречивы. В частности, у некоторых пациентов с выраженной клинической картиной болезни и подтвержденным паразитологическим диагнозом (обнаружение яиц *O. felineus* в испражнениях) результат теста был отрицательный. У других больных с подтвержденным паразитологически описторхозом данный иммунологический тест был положительный, однако у них также определялись антитела к токсокарам и трихинеллам, но с низкими показателями КП. Клинико-лабораторное обследование позволило исключить у них токсокароз и трихинеллез. Полученные данные показывают, что отрицательные результаты иммунологического исследования на наличие специфических IgG к описторхам не позволяют исключить диагноз описторхоза, а положительные — подтвердить диагноз. Вместе с тем, следует отметить, что полученные положительные результаты иммунологического обследования указывают

на необходимость проведения целенаправленных паразитологических исследований для уточнения диагноза [10, 13, 14]. При этом ключевым фактором диагностики является тщательный сбор анамнеза и изучение пищевого поведения больного.

Препарат выбора для лечения описторхоза — празиквантел [19]. Он назначался всем больным с описторхозом в дозе 25 мг/кг трижды в сутки в течение одного дня. В результате лечения у всех пациентов наступило выздоровление.

Мировой опыт борьбы с инфекционными и паразитарными заболеваниями показывает иллюзорность стратегии, направленной на ликвидацию паразитарных, особенно природоочаговых заболеваний, в том числе описторхоза. Основное внимание должно уделяться профилактике этого гельминтоза, направленной на предотвращение заражения путем исключения из пищи необеззараженной рыбы.

Информация о заражении рыбы в эндемичных очагах описторхоза и мерах по ее обеззараживанию могла бы быть эффективной среди туристов, временно выезжающих в эндемичные очаги описторхоза. Однако довести эту информацию до этой группы не представляется возможным, поскольку все очаги находятся на территории России, выезд в них проходит совершенно беспрепятственно, а информация, размещенная на плакатах, буклетах и другой печатной продукции, вследствие многих причин является недостаточно эффективной. Также в настоящее время нет реальных путей профилактики заражения от рыбы, присылаемой из эндемичных очагов описторхоза.

Заключение

Описаны случаи острой стадии описторхоза у жителей Москвы, заразившихся от рыбы, либо привезенной из эндемичных очагов, либо во время их кратковременного пребывания в этих регионах. Типичными характеристиками болезни являлись: острое начало с лихорадкой до 40°С, боли в правом подреберье, тошнота, повышение уровня эозинофилов и умеренное увеличение уровня ферментов печени. Данные наблюдения показывают, что у некоторых лиц, несмотря на то, что они впервые в жизни употребляли в пищу зараженную рыбу, острая стадия описторхоза не развивалась. Причины различий между лицами, у которых развивалась клинически выраженная острая стадия описторхоза и у которых она отсутствовала, остаются невыясненными. Также неизвестны причины, по которым некоторые лица не заражались описторхозом, хотя употребляли в пищу инвазированную рыбу одновременно с теми, кто заразился. Возможно, что в рыбе находилось небольшое число жизнеспособных мерациркарриев, что послужило причиной такого выборочного заражения.

Во всех случаях первичного обращения этих пациентов в лечебные учреждения был установлен неверный диагноз, что обусловлено редкостью случаев острой стадии описторхоза среди жителей Москвы. Достоверное подтверждение диагноза возможно лишь при обнаружении яиц паразита в дуоденальном содержимом или испражнениях. Результаты иммунодиагностики на основе обнаружения специфических IgG не могут являться основанием для установления диагноза и указывают на необходимость проведения тщательного паразитологического обследования. Ключевым фактором клинической диагностики описторхоза является типичная картина болезни в совокупности с данными пищевого анамнеза, указывающего на употребление в пищу сырой (термически не обработанной) рыбы карповых пород.

Литература

1. Control of foodborne trematode infections. WHO Techn Rep Ser, 1995, N 849. — 157p.
2. Petney TN, Andrews RH, Saijuntha W, Wenz-Mücke A, Sithithaworn P. The zoonotic, fish-borne liver flukes *Clonorchis sinensis*, *Opisthorchis felinus* and *Opisthorchis viverrini*. Int J Parasitol. 2013 Nov; 43 (12-13): 1031-46.
3. Бронштейн, А.М. Заболеваемость описторхозом и дифиллоботриозом коренного населения поселка Кышик Ханты-мансийского автономного округа. / А.М. Бронштейн // Мед. паразитол. и паразитар. болезни. — 1986. — № 3. — С. 44—48.
4. Гузеева, Т.М. Паразитологическая ситуация в Ханты-Мансийском автономном округе. / Т.М. Гузеева // Мед. паразитол. и паразитар. болезни. — 2004. — № 1. — С. 6—10.
5. Гузеева, Т.М. Актуальные проблемы паразитарной заболеваемости в Российской Федерации. / Т.М. Гузеева // Всерос конф. Актуальные аспекты паразитарных заболеваний в современный период: тезисы докл. науч. конф. — Тюмень. БИ. — 2013. — С. 41—45.
6. Keiser J, Utzinger J Emerging foodborne trematodiasis. Emerg Infect Dis. 2005 Oct; 11(10):1507-1
7. Pozio E, Armignacco O, Ferri F, Gomez Morales MA. *Opisthorchis felinus*, an emerging infection in Italy and its implication for the European Union. Acta Trop. 2013 Apr; 126 (1):54-62
8. Orlando Armignacco, Luciano Caterini, Gianluca Marucci, Fabrizio Ferri, Giuliana Bernardini, Giampaolo Natalini Raponi et al. Human Illnesses Caused by *Opisthorchis felinus* Flukes, Italy. Emerg Infect Dis. 2008 Dec; 14(12):1902-5.
9. О ситуации с заражением человека паразитами через рыбу. 05.10.2015. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. http://rospotrebnadzor.ru/about/info/news/news_details.php?ELEMENT_ID=4371
10. Бронштейн, А.М. Паразитарные болезни органов пищеварения / А.М. Бронштейн, Н.А. Малышев // Руководство по гастроэнтерологии. М.: Медицинское информационное агентство, 2010. — С. 657—692.
11. Traverso A, Repetto E, Magnani S, Meloni T, Natrella M, Marchisio P, Giacomazzi C, Bernardi P, Gatti S, Gomez Morales MA, Pozio E. A large outbreak of *Opisthorchis felinus* in Italy suggests that opisthorchiasis develops as a febrile eosinophilic syndrome with cholestasis rather than a hepatitis-like syndrome. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2012 Jun; 31 (6): 1089-93.
12. Peng J, Feng Y, Rinaldi G, Yonglithipagon P, Easley SE, Laha T et. al., The miRNAome of *Opisthorchis viverrini* induced intrahepatic cholangiocarcinoma. Genom Data. 2014 Aug 28; 2:274-9.
13. Козлов, С.С. Методы диагностики кишечных паразитозов. Плюсы и минусы / С.С. Козлов // Клин. лаб. диагностика. — 2016. — Т. 61, № 9. — С. 624—625.
14. Козлов, С.С. Методы диагностики паразитозов. Мифы современности / С.С. Козлов, В.С. Турицин, А.В. Ласкин // Журнал инфектологии. — 2011. — Т. 3, №1. — С. 64—68.
15. Бронштейн, А.М. Тропические болезни и медицина болезней путешественников / А.М. Бронштейн. — М. ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 528 с.
16. Бронштейн, А.М. Анализ пораженности описторхозом пришлого населения в одном из эндемичных очагов Среднего Приобья. // Мед. паразитол. и паразитар. болезни. — 1987. — № 3. — С. 52—57.
17. Бронштейн, А.М. Клинико-эпидемиологическое исследование описторхоза в Ямало-Ненецком автономном округе и результаты радикально-супрессивной химиотерапии празиквантелом / А.М. Бронштейн, В.А. Золотухин, Г.А. Гицу // Мед. паразитол. и паразитар. болезни. — 1991. — № 5. — С. 12—16.
18. Бронштейн, А.М. Комплексная оценка очага описторхоза в Коми-Пермяцком автономном округе / А.М. Бронштейн [и др.] // Мед. паразитол. и паразитар. болезни. — 1989. — № 4. — С. 66—72.
19. WHO Model Prescribing Information: Drugs Used in Parasitic Diseases — Second Edition. — 1995. — 152 p.

References

1. Control of foodborne trematode infections. WHO Techn Rep Ser, 1995, N 849. — 157p.
2. Petney TN, Andrews RH, Saijuntha W, Wenz-Mücke A, Sithithaworn P. The zoonotic, fish-borne liver flukes *Clonorchis sinensis*, *Opisthorchis felinus* and *Opisthorchis viverrini*. Int J Parasitol. 2013 Nov; 43 (12-13): 1031-46.
3. Bronshtejn A.M. Zaboлеваemost' opistorhozom i difillobotriozom korennoho naseleniya poselka Kyshik Hanty-mansijskogo avtonomnogo okruga. / A.M. Bronshtejn // Med. parazit. i parazitar. bolezni. — 1986.- № 3. — S.44-48.
4. Guzeeva T.M. Parazitologicheskaya situaciya v Hanty-Mansijskom avtonomnom okruge. / T.M. Guzeeva // Med. parazit. i parazitar. bolezni. — 2004. — N1. — C. 6 — 10.
5. Guzeeva T.M. Aktual'nye problemy parazitarnoj zaboлеваemosti v Rossijskoj Federacii. / T.M. Guzeeva // Vseros konf. Aktual'nye aspekty parazitarnyh zabolevanij v sovremennyj period: tezisy dokl. nauch. konf. — Tyumen'.BI. — 2013. — S.41-45.
6. Keiser J, Utzinger J Emerging foodborne trematodiasis. Emerg Infect Dis. 2005 Oct; 11(10):1507-1.
7. Pozio E, Armignacco O, Ferri F, Gomez Morales MA. *Opisthorchis felinus*, an emerging infection in Italy and its implication for the European Union. Acta Trop. 2013 Apr; 126 (1):54-62
8. Orlando Armignacco, Luciano Caterini, Gianluca Marucci, Fabrizio Ferri, Giuliana Bernardini, Giampaolo Natalini Raponi et al. Human Illnesses Caused by *Opisthorchis felinus* Flukes, Italy. Emerg Infect Dis. 2008 Dec; 14(12):1902-5.
9. О ситуации с заражением человека паразитами через рыбу. 05.10.2015. Federal'naya sluzhba po nadzoru v sfere zashchity prav potrebitelej i blagopoluchiya cheloveka. http://rospotrebnadzor.ru/about/info/news/news_details.php?ELEMENT_ID=4371

10. Bronshtejn A. M. Parazitarnye bolezni organov pishchevarenia/ A. M. Bronshtejn, N.A. Malyshev// Rukovodstvo po gastroenterologii. M.:Meditskoe informacionnoe agestvo, 2010.- S. 657-692.
11. Traverso A, Repetto E, Magnani S, Meloni T, Natrella M, Marchisio P, Giacomazzi C, Bernardi P, Gatti S, Gomez Morales MA, Pozio E. A large outbreak of *Opisthorchis felinus* in Italy suggests that opisthorchiasis develops as a febrile eosinophilic syndrome with cholestasis rather than a hepatitis-like syndrome. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2012 Jun; 31 (6): 1089-93.
12. Peng J, Feng Y, Rinaldi G, Yonglitthipagon P, Easley SE, Laha T et. al., The miRNAome of *Opisthorchis viverrini* induced intrahepatic cholangiocarcinoma. Genom Data. 2014 Aug 28;2:274-9.
13. Kozlov S.S. Metody diagnostiki kishchnykh parazitov. Plyusy i minusy. /S.S. Kozlov //Klin. lab. diagnostika. 2016. — T.61, №9. — S.624-625.
14. Kozlov S.S. Metody diagnostiki parazitov. Mify sovremennosti. / S.S. Kozlov, V.S. Turicin, A.V. Laskin // Zhurnal infektologii, 2011. — Tom 3, №1. — S.64-68.
15. Bronshtejn A.M. Tropicheskie bolezni i medicina boleznej putestestvennikov. / A.M. Bronshtejn — M.GEHOTAR-Media, 2016. — 528 s.
16. Bronshtejn A. M. Analiz porazhennosti opistorhozom prishlogo naseleniya v odnom iz ehndemichnykh ochagov Srednego Priob'ya. // Med. parazit. i parazit. bolezni. — 1987. — N3. — C.52-57.
17. Bronshtejn A.M. Kliniko-ehpidemiologicheskoe issledovanie opistorhoza v Yamalo-Nenetskom avtonomnom okruge i rezul'taty radikal'no-supressivnoj himioterapii prazikvantem. / A.M. Bronshtejn, V.A. Zolotuhin, G.A. Gicu // Med. parazit. i parazit. bolezni. -1991- N5.- C.12 — 16.
18. Bronshtejn A.M. Kompleksnaya ocenka ochaga opistorhoza v Komi-Permyackom avtonomnom okruge. / A.M. Bronshtejn, E.A. Uchvatkin, N.A. Romanenko, S.N. Kancan, N.L. Veretennikova, T.P. Sabgajda // Med. parazit. i parazit. bolezni. — 1989. — N4. — C.66 — 72.
19. WHO Model Prescribing Information: Drugs Used in Parasitic Diseases — Second Edition. — 1995. — 152 p.

Авторский коллектив:

Бронштейн Александр Маркович — главный научный сотрудник научно-исследовательского института паразитологии, тропических и трансмиссивных заболеваний им. Е.И. Марциновского Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова; профессор кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, врач-инфекционист Инфекционной клинической больницы № 1; д.м.н., профессор; тел.: +7-916-529-56-72, e-mail: bronstein@mail.ru

Козлов Сергей Сергеевич — врач клинической лабораторной диагностики лаборатории паразитарных инвазий и протозоозов Детского научно-клинического центра инфекционных болезней; профессор кафедры инфекционных болезней (с курсом медицинской паразитологии и тропических заболеваний) Военно-медицинской академии им С.М. Кирова; профессор кафедры инфекционных болезней взрослых и эпидемиологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета; д.м.н., профессор; тел.: 8(812)292-33-51, e-mail: infectology@mail.ru

Малышев Николай Александрович — профессор кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова, д.м.н., профессор; тел.: +7-985-784-58-26, e-mail: Nmalyshev51@gmail.com

Бурова Светлана Васильевна — доцент кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, к.м.н., доцент; тел.: +7-916-590-71-46, e-mail: svburova@list.ru

Максимова Мария Сергеевна — аспирант кафедры тропической медицины и паразитарных болезней Института медицинской паразитологии, тропических и трансмиссивных заболеваний им. Е.И. Марциновского Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова; тел.: +7-905-734-58-17, e-mail: maksimovmarij@yandex.ru

Федянина Лидия Васильевна — врач клинической лабораторной диагностики, биолог клинико-диагностической лаборатории Института медицинской паразитологии, тропических и трансмиссивных заболеваний им. Е.И. Марциновского Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова; тел.: +7-917-563-63-10, e-mail: lidiavasil@mail.com

Давыдова Ирина Владимировна — ассистент кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова, к.м.н.; тел.: +7-916-170-41-49, e-mail: leenok@mail.ru