

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2017

УДК 616.995.122-036.1-078

Авдеева М.Г.¹, Блажняя Л.П.¹, Угрюмова Л.А.², Головчанская К.В.², Чернявская О.В.²

ДИКРОЦЕЛИОЗ: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

¹ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, 350063, г. Краснодар, Россия, ул. М. Седина, д. 4;

²ГБУЗ «Специализированная клиническая инфекционная больница» Минздрава Краснодарского края, 350015, г. Краснодар, Россия, ул. М. Седина, д. 204

Приводятся современные данные литературы об эпидемиологии, клинических симптомах и диагностике дикроцелиоза. Рассматриваются два клинических случая диагностики дикроцелиоза, сложности дифференциальной диагностики и лечения.

Ключевые слова: дикроцелиоз; клиническая симптоматика; диагностика; лечение.

Для цитирования: Авдеева М.Г., Блажняя Л.П., Угрюмова Л.А., Головчанская К.В., Чернявская О.В. Дикроцелиоз: случай из практики. Эпидемиология и инфекционные болезни. 2017; 22 (4): 214-216. DOI: 10.17816/EID40993

Avdeeva M.G.¹, Blazhnyaya L.P.¹, Ugryumova L.A.², Golovchanskaya K.V.², Chernyavskaya O.V.²

DICROCELIOZIS: CASES FROM PRACTICE

¹Kuban State Medical University, 4, Sedina str., Krasnodar, 350063, Russian Federation;

²Specialized Clinical Hospital of Infectious Diseases, 204, Sedina str., Krasnodar, 350015, Russian Federation

The modern literature data on epidemiology, clinic and diagnosis of dicrocelosis is presented. Two clinical cases with the diagnosis of dicroceliosis, the obstacles to the differential diagnosis and treatment are considered.

Key words: dicrocelosis; clinical picture; diagnostics; treatment.

For citation: Avdeeva M.G., Blazhnyaya L.P., Ugryumova L.A., Golovchanskaya K.V., Chernyavskaya O.V. Dicroceliosis: the case from practice. *Epidemiologiya i Infektsionnye Bolezni (Epidemiology and Infectious Diseases, Russian journal)*. 2017; 2(4): 214-216. (In Russ.). DOI: 10.17816/EID40993

For correspondence: Marina G. Avdeeva, MD, PhD, DSci., professor, head of the Department of infectious diseases and phthisiopulmonology of the Kuban State Medical University, 4, Sedina str., Krasnodar, 350063, Russian Federation. E-mail: avdeevam@mail.ru

Information about authors:

Avdeeva M.G., <http://orcid.org/0000-0002-4979-8768>

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgement. The study had no sponsorship.

Received 08.04.2017

Accepted 20.07.2017

Дикроцелиоз – редкое заболевание человека из группы трематодозов, возникающее при случайном заглатывании вместе с овощами, фруктами или зеленью инвазированных муравьев, содержащих метацеркарии ланцетовидной двуустки *Dicrocoelium lanceatum*. Окончательные хозяева возбудителя дикроцелиоза мелкий и крупный рогатый скот, грызуны (зайцы, кролики, суслики), медведи и как случайный хозяин человек. Гельминты паразитируют в желчевыводящих путях, а отложенные ими яйца выделяют-

ся во внешнюю среду, где они для продолжения цикла развития должны попасть в организм промежуточных хозяев.

Первый промежуточный хозяин паразита наземные улитки, моллюски рода *Helicella*, второй промежуточный хозяин муравьи. В улитках проходит цикл личиночного развития до стадии церкарий, которые и попадают на траву пастбищ. Активность улиток максимально проявляется при 67–100% влажности и температуре воздуха в пределах 5–18°C. Поэтому церкарии выходят из них чаще после дождей. Здесь они заглатываются вторыми промежуточными хозяевами – бурыми лесными или луговыми муравьями (род *Formica* и др.). В кишечнике последних образуются метацеркарии, отдельные из них, активно передвигаясь, внедря-

Для корреспонденции: Авдеева Марина Геннадьевна, д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой инфекционных болезней и фтизиопульмонологии ФГБОУ ВО «КубГМУ» Минздрава России, 350015, г. Краснодар, ул. Седина, 204; e-mail: avdeevam@mail.ru

ются в подглоточный ганглий, изменяя характер поведения муравья. Инвазированные муравьи в течение дня нормально выполняют свои рабочие функции, но к вечеру при понижении температуры воздуха не возвращаются в муравейник, а забираются на верхушки стеблей и листьев травянистых растений и повисают, утрачивая способность к движению до утра. Это значительно увеличивает вероятность заглатывания муравьев вместе с травой окончательными хозяевами паразита [1, 2].

Яйца дикроцелий темно-коричневые, имеют толстую оболочку, устойчивы во внешней среде. Высушивание при температуре 18–20°C не убивает их в течение недели. Они переносят также сильный холод: до -23°C, а иногда до -50°C [1].

Дикроцелирии встречаются на всех континентах и паразитируют у овец, коз, крупного рогатого скота, буйволов, верблюдов, лошадей, ослов, мулов, маралов, зайцев, кроликов, сусликов и редко у человека. Особенно неблагополучны по дикроцелиозу предгорные, горные, степные районы Северного Кавказа и Читинская область. Эта инвазия широко распространена в областях Нечерноземья и Черноземья: например, в Ульяновской, Курской, Калужской областях. Неблагополучны по дикроцелиозу также Башкортостан, Казахстан, Средняя Азия, Украина, Молдавия [3].

В стадии половой зрелости гельминты паразитируют в желчных протоках и в желчном пузыре. Клинически дикроцелиоз проявляется симптомами хронического поражения печени и желчевыводящих путей, нарушением работы желудочно-кишечного тракта, снижением массы тела, развитием анемии, имеет сходство с описторхозом [3, 4]. У людей описаны лишь единичные случаи дикроцелиоза в разных странах. Недостаточно изученная клиническая картина и плохая осведомленность врачей существенно затрудняют диагностику заболевания. Приводим описание двух клинических случаев дикроцелиоза.

Клиническое наблюдение 1. Больной Д., мужчина 60 лет, полгода назад переехал в Краснодарский край из Томска, где часто ходил на рыбалку с ночевкой на природе и с употреблением в пищу рыбы. Болен в течение последнего года, когда отметил ухудшение общего состояния. Предъявляет жалобы на слабость, боли в суставах, более выраженные в правом коленном суставе, субфебрильную температуру тела, периодические боли в правом подреберье, чаще на голодный желудок. При обращении за медицинской помощью в Томске и проведении обследования в кале однократно обнаружены яйца описторхисов, специфическое лечение не проводилось, получал патогенетическую терапию.

При объективном осмотре выявлено: кожные покровы обычной окраски, живот при пальпа-

ции болезненный в эпигастральной области и в точке желчного пузыря, пальпируется плотно-эластичный край увеличенной печени 11/0,5 · 10 · 9 см. Лабораторно в ОАК обнаружено: лейкоциты $5,59 \cdot 10^9/\text{л}$, эозинофилы 4%, лимфоциты 54%. Биохимическое исследование крови без патологии. При УЗИ выявлены умеренные диффузные изменения печени. При радиоизотопном исследовании печени установлены умеренно выраженные признаки хронического гепатита, косвенные признаки патологии желчного пузыря. При ЭКГ-исследовании определены очаговые нарушения внутрижелудочковой проводимости.

Обследование в ГБУЗ «Специализированная клиническая инфекционная больница» (СКИБ) Краснодара показало отсутствие яиц описторхисов в кале и отрицательные результаты иммуноферментного анализа (ИФА) крови к описторхозному антигену. Это позволило исключить диагноз описторхоза. Повторные копрологические исследования выявили у больного яйца *Dicrocoelium lanceatum*.

При дополнительном исследовании определены положительные результаты анализа на антиген HBsAg и антитела класса IgG к HBeAg-антигену вируса гепатита, позволившие впервые диагностировать хронический гепатит В. Методом ИФА выявлены антитела класса IgG к цитомегаловирусной инфекции и токсоплазмам.

Сочетание характерной клинической картины с повторным обнаружением при копрологическом исследовании яиц *Dicrocoelium lanceatum* и проведенное клинико-лабораторное исследование позволили установить диагноз: дикроцелиоз, хроническая стадия. Сопутствующие заболевания: хронический гепатит В с минимальной степенью биохимической активности.

Проведено лечение: бильтрицид 75 мг/кг в три приема. На фоне лечения бильтрицидом отмечено кратковременное повышение уровня трансаминаз (АЛТ до 2,5 нормы, АСТ до 1,5 нормы), купированное назначением гепатопротекторов и инфузионной терапии. Контрольное исследование кала не выявило яиц гельминтов. При диспансерном наблюдении за больным констатировано стойкое клиническое улучшение.

Клиническое наблюдение 2. Больная Х., женщина 22 лет, поступила в ГБУЗ СКИБ 11.09.16 г. В течение длительного времени больную периодически беспокоили дискомфорт в животе, тошнота, изжога, боли в правом подреберье. В конце августа (около 2 нед назад) у больной появились высыпания на теле зудящего характера, усилились изжога, снижение аппетита, стул разжиженный около 3–4 раз в день, появились дискомфорт и вздутие в животе, тяжесть в правом подреберье. Самостоятельно принимала смекту, алмагель,

линекс. Улучшения самочувствия не отмечала. 05.09.16 пациентка обратилась к терапевту поликлиники по месту жительства. Выставлен диагноз – аллергический дерматит. Начала принимать дезал. 10.09.16 обратилась к дерматологу в ККВД, диагноз оставлен прежний, назначены дополнительно мазь кловейт, энтеросгель, циндол. Сыпь сохранялась в прежнем объеме, периодически появлялись новые элементы. 11.09.16 в анализе кала обнаружены яйца ланцетовидной двуустки, направлена в ГБУЗ СКИБ.

Больная проживает в частном доме. В семье все здоровы. Употребление воды из открытых источников отрицает. До 2006 г. проживала в Казахстане, после переезда в другие регионы не выезжала. Сопутствующие заболевания: хронический гастродуоденит, аутоиммунный тиреоидит.

При поступлении в ГБУЗ СКИБ состояние средней степени тяжести, обусловленное астенизацией, диспепсией. Артериальное давление 110/70 мм рт. ст., пульс 80 в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного качества, частота дыхательных движений 16 в минуту, SpO_2 98%, на коже верхних и нижних конечностей папулезная сыпь бледно-розовая, несливная, зудящая. Больная госпитализирована с диагнозом: дикроцелиоз. Назначены инфузионная терапия с целью дезинтоксикации, ферменты, противопаразитарный препарат празиквантел 65 мг/кг, дуоденальное зондирование, контроль биохимического анализа крови. Лабораторно в общем анализе крови выявлено: лейкоциты $6,3 \cdot 10^9$ /л, тромбоциты $424 \cdot 10^9$ /л, эритроциты $4,3 \cdot 10^{12}$ /л, гемоглобин 86 г/л. В общем анализе мочи ацетон +, лейкоциты 6–9 в поле зрения. В биохимическом анализе крови билирубин 26,3 мкмоль/л, прямой билирубин 3,5 мкмоль/л, АЛТ 18 Ед/л, АСТ 29 Ед/л, ЛДГ 225 Ед/л, КФК 100 Ед/л. На 2-е сутки госпитального лечения сыпь регрессировала. Уменьшился абдоминальный синдром. На момент выписки в анализах кала яйца гельминтов не обнаружены. Пациентка выписана на 5-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Данные клинические случаи демонстрируют сложность диагностики дикроцелиоза при наличии сопутствующей патологии (вирусный гепатит В, хронический гастродуоденит), имеющей сходные клинические проявления. Определение ведущей причины патологического состояния должно проводиться с учетом всего клинико-лабораторного комплекса, эпидемиологического анамнеза (контакт с растительностью в скотоводческих районах) и результатов лабораторных исследований. Диагноз подтверждает обнаружение в дуоденальном содержимом и фекалиях яиц гельминта. Для исключения транзиторного носительства необхо-

димы повторные анализы, из диеты пациента убирают употребление печени животных за несколько дней до обследования. На территории Краснодарского края следует помнить о возможности как завозного, так и местного дикроцелиоза.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лысенко А.Я., Владимирова М.Г., Кондрашин А.В., Майори Дж. *Клиническая паразитология* / Под общей ред. А.Я. Лысенко. Женева; 2002.
2. Бронштейн А.М., Малышев Н.А. *Гельминтозы человека: практическая медицина*. 2-е изд. М.: Руспринт; 2010.
3. Черкасский Б.Л. *Инфекционные и паразитарные болезни человека*. М.; 1994.
4. Авдеева М.Г., Кулбужева М.И., Блажная Л.П., Ганжа А.А., Журавлев А.Ю., Цехомская Н.Р. Описторхоз в Краснодарском крае, клинико-эпидемиологическое наблюдение по данным ЛДО ГБУЗ «СКИБ». В кн.: *Актуальные вопросы инфекционной патологии юга России: Материалы межрегионального форума специалистов с заседанием профильной комиссии по специальности «Инфекционные болезни» Министерства здравоохранения РФ*. 2016: 11–3.

REFERENCES

1. Lysenko A.Ya., Vladimova M.G., Kondrashin A.V., Mayori Dzh. *Clinical Parasitology* / The general editorship A.Ya. Lysenko. Geneva; 2002. (in Russian)
2. Bronshteyn A.M., Malyshev N.A. *Helminthiasis of Man: Practical Medicine*. 2nd Ed. Moscow: Rusprint; 2010. (in Russian)
3. Cherkasskiy B.L. *Infectious and Parasitic Diseases of Man*. Moscow; 1994. (in Russian)
4. Avdeeva M.G., Kulbuzheva M.I., Blazhnyaya L.P., Ganzha A.A., Zhuravlev A.Yu., Tsekhomskaya N.R. Opisthorchiasis in the Krasnodar Territory, clinical and epidemiological surveillance according to the LDO of the GBUZ "SKIB". In: *Actual Problems of the Infectious Pathology of the South of Russia: Materials of the Interregional Forum of Specialists with the Meeting of the Profile Commission on the Specialty «Infectious Diseases» of the Ministry of Health of the Russian Federation*. 2016: 11–3. (in Russian)

Поступила 08.04.2017

Принята к печати 20.07.2017

Сведения об авторах:

Блажная Людмила Павловна, канд. мед. наук, доцент каф. инфекционных болезней и фтизиопульмонологии ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России; **Угрюмова Лариса Александровна**, зав. 3-м боксированным отделением «Специализированной клинической инфекционной больницы» Минздрава Краснодарского края; **Головчанская Кристина Владимировна**, врач-инфекционист 3-го боксированного отделения «Специализированной клинической инфекционной больницы» Минздрава Краснодарского края; **Чернявская Оксана Викторовна**, зав. клинической лаб. «Специализированной клинической инфекционной больницы» Минздрава Краснодарского края.