

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ ЗНАЧЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ОПИСТОРХОЗОМ В ХАНТЫ-МАНСИЙСКОМ АВТОНОМНОМ ОКРУГЕ – ЮГРЕ

М. Н. Прокопьев, Н. Н. Камка, З. О. Гусейнова, М. А. Мамедова

О результатах исследования значений показателей клинико-лабораторных методов обследования больных, используемых для установления диагноза острого описторхоза, и определения наиболее значимых из них для выявления заболевания в ранней фазе. Материалом для исследования служили 34 медицинские карты стационарных больных, проходивших лечение в инфекционном отделении Сургутской окружной клинической больницы в 2017 г. Результаты проведенных исследований выявили широкий диапазон варибельности значений диагностических показателей, которые значительно отличаются от общепризнанных, применяемых при установлении диагноза в ранней фазе заболевания.

Ключевые слова: острый описторхоз, медицинские карты, диагностика, методы, варибельность значений показателей.

ВВЕДЕНИЕ

Описторхозная природноочаговая глистная инвазия до настоящего времени остаётся широко распространённой среди населения страны. Крупнейший очаг этого заболевания сформировался в Обь-Иртышском речном бассейне, особенно в Среднем Приобье, где расположен Ханты-Мансийский автономный округ – Югра и, в частности, город Сургут и Сургутский район [1–3]. Распространению описторхозной инвазии в данном регионе во многом способствуют сформировавшиеся климатические условия, а также использование пришлым населением национальных традиций коренного населения ханты по употреблению в пищу сырой и плохо обработанной рыбы. Использование в пищу заражённой рыбы, относящейся, в первую очередь, к семейству карпо-

вых: карп, лещ, сазан, вобла, толстолобик, плотва, карась, язь и другие, способствует заражению. Появились сведения о заражённости щуки и даже благородной стерляди и муксуна описторхозной глистной инвазией, всего 29 пород речной рыбы. В частности, речь идет об употреблении в пищу свежельвленной рыбы («парная»), сырой свежемороженой рыбы («строганина», «патанка», «хе»), соленой рыбы, рыбы холодного копчения и вяленой рыбы [4].

Диагностика описторхоза на ранней стадии заболевания (8 недель после инвазии) весьма затруднительна, имеет стертую клиническую картину и включает в себя проведение ряда лабораторных и инструментальных исследований: клинического и биохимического анализов крови (α -амилаза

INDICATOR VALUES VARIABILITY OF PATIENTS EXAMINATION WITH ACUTE OPISTHORCHIASIS IN KHANTY-MANSI AUTONOMOUS OKRUG – UGRA

M. N. Prokopyev, N. N. Kamka, Z. O. Guseinova, M. A. Mamedova

The purpose of this study is to study indicator values of clinical and laboratory methods for examining patients used to establish a diagnosis of acute opisthorchiasis and to identify the most significant indicators for detecting the disease at an early stage. Data for the study was 34 medical records of hospital patients who were treated in the infectious disease department of the Surgut Regional Clinical Hospital in 2017. The results of the studies revealed a wide range of variability in the values of diagnostic indicators, which differ significantly from the generally accepted ones used to establish a diagnosis at an early stage of the disease.

Keywords: acute opisthorchiasis, medical records, diagnostics, methods, variability of indicator values.

крови, аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартаминотрансферазы (АСТ), уровень холестерина, белковый состав плазмы, щелочная фосфатаза), общего анализа мочи, показателей копрологии, исследование сыворотки крови на наличие антител к описторхису и др. Общеизвестно, что основными показателями, косвенно указывающими на возможное наличие описторхозной инвазии у пациента, являются лейкоцитоз, повышение скорости оседания эритроцитов (СОЭ), эозинофилия, регистрируемые на фоне высокой температуры тела [5]. Тем не менее, диагностика заболевания затруднена из-за широкой вариабельности как лабораторных данных, так и анамнестических данных при отрицательных результатах лабораторных исследований на обнаружение яиц гельминта и личинок описторхисов [5]. При этом овоскопические методы идентификации описторхоза у людей малоэффективны за счет повсеместного снижения интенсивности инвазии (относительного уменьшения количества паразитов на одного больного) [6–7]. Однако имеются сведения о том, что описторхисы выявляются во внутривенных желчных ходах у 100 % инвазированных людей, в желчном пузыре – у 63 % и в поджелудочной железе – у 34 %. Через 4 недели после инвазии метатеркарии достигают половой зрелости и начинают откладывать яйца – с этого времени яйца описторхисов обнаруживаются в дуоденальном содержимом и кале [8]. В то же время, иммунологические методы по выявлению специфических антител могут давать ложноположительные реакции у здоровых людей или зараженных другими паразитами. Подобное обстоятельство объясняется тем, что у многих гельминтов, а также гельминтов и их хозяев имеются перекрестно-реагирующие антигены, позволяющие создавать молекулярную мимикрию [6].

Цель работы – исследование вариабельности значений показателей клинико-лабораторных методов обследования больных, используемых для установления диагноза острого описторхоза, и определение перечня наиболее значимых из них для выявления заболевания в ранней фазе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материалом для исследования служили 34 медицинские карты стационарных больных, проходивших лечение в инфекционном отделении Сургутской окружной клинической больницы в 2017 г. Анализ результатов исследования проводился у мужчин (19 больных) и женщин (15 больных). Учитывались данные анамнеза заболевания, осмотра больных, общий и биохимический анализы крови, копрологические и микроскопические исследования на обнаружение яиц и личинок гельминта описторхиса, результаты иммуноферментного анализа сыворотки крови для выявления специфических антител к возбудителю описторхоза.

Статистическая обработка материалов исследования проведена с использованием непараметрического метода в связи с небольшим числом наблюдений (менее 50). Определялись медиана (Me) выборки значений параметра, ранжированного по возрастанию, и квартили первого (Q1) и третьего порядка (Q3), при этом значение показателя регистрировалось как Me (Q1–Q3) [9].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ медицинских карт стационарных больных (с диагнозом острого описторхоза) показал неоднозначность использованных методов и способов в установлении окончательного диагноза. Рассмотрим результаты наших исследований в группе мужчин (19 человек).

Данные анамнеза заболевания показали, что приверженность к национальным традициям коренных народов ханты – использовать в качестве основного продукта питания рыбу, подтвердили 6 человек, что составило 31,6 %. При этом частое употребление в пищу речной рыбы различного приготовления (соленая, вяленая, холодного копчения, свежемороженая строганина) зарегистрировано у 18 больных, что составило 94,7 %.

У всех 19 больных за 1–2 недели до госпитализации была повышенная температура тела 39 °C (36,3–40,0 °C), которая была подтверждена при их госпитализации. Жалобы на общую слабость, головную боль и снижение аппетита предъявляли 78,9 % (n = 15), 52,6 % (n = 10) и 47,4 % (n = 9) пациентов. Бессонница, кашель и боли в верхних отделах живота отмечены соответственно у 36,8 % (n = 7), 36,8 % (n = 7) и 31,6 % (n = 6) больных. Тошнота беспокоила 26,6 % (n = 5) пациентов. Рвота, жидкий стул, боли в правом подреберье, желтушность склер, темная моча и светлый стул зарегистрированы у 15,8 % (n = 3) обследованных больных. На боли в грудной клетке, и желтушность кожи приходилось 10,5 % (n = 2) жалоб, на кожный зуд – 5,3 % (n = 1).

Результаты общего анализа крови у обследуемых больных показали, что у 19 обследуемых больных лейкоцитоз был выявлен у 68 %, и его показатель достигал $17,5 (13,1–21,5) \times 10^9$, эозинофилия в крови была обнаружена у 79 % обследованных, и ее уровень составил 38 % (25–48 %), повышение СОЭ до 29,5 (21–35) мм/ч имели 84 % человека. Что касается показателей количества эритроцитов в крови и уровня гемоглобина, то у всех 19 больных они были в пределах нормальных значений.

Принято считать, что при остром описторхозе должно быть повышение показателей общего билирубина, АЛТ, АСТ, уровня щелочной фосфатазы и белкового фермента, а также снижение уровня общего белка в крови. При проведении наших исследований отмечено повышение активности всех исследуемых ферментов: АЛТ до 193 (121–313) U/L у 89 % больных из 19, АСТ до уровня 100,5 (80–182) U/L у 84 % пациентов, щелочной фосфатазы до цифр 332 (200–544) U/L у 79 % обследуемых, белкового фермента гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТП) до 356 (224–637) U/L у 74 %.

Повышение уровня общего билирубина в крови до 39,9 (29,0 – 115,1) мкмоль/л было зарегистрировано лишь у 37 % больных из 19, у остальных 63 % данный показатель был в пределах общепринятых нормальных значений.

Снижение уровня альбумина в крови до 55,1 (46,9–60,3) г/л было отмечено у 8 больных из 19, у 11 больных показатель был в пределах нормальных значений.

Важным при диагностике описторхозной инвазии является обнаружение яиц гельминта и его личинок в исследуемом материале, а также специфических антител в крови больного. Результаты наших исследований показали крайне низкий процент выявляемости

положительных результатов. Так, методы микроскопии пузырной желчи (порция В) и желчи из внутрипеченочных проходов (порция С) дали всего 5,3 % (n = 1) положительных результатов. В то время как микроскопия кала и дуоденального содержимого (порция А) дали отрицательный результат.

Иммуноферментный анализ на выявление в сыворотке крови больных специфических антител к возбудителю описторхоза дал низкий уровень положительных результатов. В частности, специфические антитела класса иммуноглобулина М (IgM) были выявлены у 4 больных из 19, специфические антитела класса иммуноглобулина G (IgG) – всего лишь у 3, что составило соответственно 21,1 % и 15,8 %.

Рассмотрим результаты наших исследований в группе женщин (15 человек). Приверженность к национальным традициям коренных народов ханты подтвердили 4 человека, что составило 26,7 %. При этом частое употребление в пищу речной рыбы различного приготовления отмечено у 14 больных, что составило 93,3 %. У всех 15 больных за 1–2 недели до госпитализации постоянно была повышенная температура тела 38,5 (38–39) оС. Выяснено, что основные жалобы были на боли в верхнем отделе живота, общую слабость и боли в правом подреберье, составившие соответственно 80,0 % (n = 12), 73,3 % (n = 11) и 60,0 % (n = 9). Жалобы на тошноту, головную боль и снижение аппетита предъявили 53,3 % (n = 8) больных. Рвота и нарушение сна (бессонница) зарегистрированы у 46,7 % (n = 7) и 26,7 % (n = 4) пациентов соответственно. Желтушность склер и выделение темной мочи составили 20,0 % (n = 3). Наличие кашля, жидкого светлого стула, желтушности кожи и кожного зуда было отмечено у 13,3 % (n = 2) больных.

Клинические лабораторные исследования выявили заметную вариабельность показателей. В частности, общий анализ крови показал, что лейкоцитоз $17,9 \times 10^9$ ($15,1–25,3 \times 10^9$), эозинофилия 47 (31–64) % и повышение СОЭ 33 (29–44) мм/ч были у 9 (60 %), 10 (66,7 %) и 12 (80 %) больных соответственно. В то же время, характерные для острого описторхоза показатели снижения количества эритроцитов и уровня гемоглобина в крови были в пределах общепринятых нормальных значений у 15 (100 %) и 11 (73,3 %) больных соответственно. Снижение уровня гемоглобина до значения 112 (92–124) г/л было зарегистрировано лишь у 4 больных (26,7 %).

Биохимический анализ крови, проведенный в обследуемой группе женщин, показал, что характерное

для описторхозной инвазии повышение активности АЛТ 200 (130–318) U/L, повышение уровня щелочной фосфатазы 486 (295–640) U/L и белкового фермента ГТПП 344 (112–461) U/L было отмечено у 11 больных из 15, что составило 73,3 %.

В то же время, повышение активности АСТ до значений в 162 (87,5–182,5) U/L было выявлено у 9 больных (60 %), а повышение уровня общего билирубина – лишь у 3 больных (20 %). Снижение уровня альбумина в крови было отмечено у 47 % больных 58,5 (10–60,3) г/л из 15, у 53 % больных показатель имел нормальные значения.

Лабораторные исследования, проведенные с целью выявления яиц и личинок описторхиса, дали 100 %-й отрицательный результат. В частности, проводилась микроскопия кала, микроскопия дуоденального содержимого (порция А), микроскопия пузырной желчи (порция В), микроскопия желчи из внутрипеченочных проходов (порция С).

Иммуноферментный анализ на выявление в сыворотке крови специфических антител IgM и IgG показал низкие уровни их присутствия. Так, специфические антитела класса IgM выявлены у 5 больных, что составило 33,3 % в структуре всех 15 обследованных, специфические антитела класса IgG – у 4 больных (26,7 %).

ВЫВОДЫ

1. Диагностика острого описторхоза вызывает большие трудности у жителей, проживающих в г. Сургуте и Сургутском районе, так как выявление личинок возбудителя инвазии и его яиц практически равно нулю и для подтверждения диагноза приходится учитывать широкий комплекс формальных показателей, которые, во-первых, лишь косвенно указывают на эту патологию и, во-вторых, характеризуются широкой вариабельностью значений, отличающихся от общепринятых при установлении диагноза в ранней фазе заболевания.

2. Продолжение исследований позволит определить причинно-следственные связи между продолжительностью проживания людей на северной территории и клиническими проявлениями описторхозной инвазии в ранней фазе, что позволит повысить уровень диагностики заболевания и разработать рациональные предложения в региональные профилактические программы, направленные на борьбу с описторхозом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борзунов В. М., Веревищев В. К., Донцов Г. И., Зверева Л. И., Кузнецов П. Л. Проблема описторхоза на современном этапе: географическое распространение описторхоза. URL: https://мед-портал.com/59_patologicheskaya-anatomiya_805/problema-opistorhoza-sovremennom-68496.html (дата обращения: 01.02.2018).
2. Варданян Т. С., Ильканич А. Я., Дарвин В. В., Климова Н. В., Кострубин А. Л., Онищенко С. В. Архитектоника желчевыводящих путей при хроническом описторхозе // Вестник СурГУ. Медицина. 2014. № 1. С. 21–26.
3. Описторхоз как природно-очаговое заболевание. Эпидемиологическая ситуация по описторхозу в ХМАО. URL: <http://studopedia.org/8-174123.html> (дата обращения: 02.03.2015).
4. Осторожно! Речная рыба, стерлядь и муксун заражены описторхозом. URL: https://www.fishnet.ru/news/syrievaya_baza/52737.html (дата обращения: 20.01.2018).

5. Диагностика описторхоза. URL: <https://med.wikireading.ru/28486> (дата обращения: 26.01.2018).
6. Обская болезнь. Описторхоз через призму генома // Наука из первых рук. 2008. Т. 20. № 2.
7. Олехнович В. М., Акименко Н. Л. Клинико-функциональная и эпидемиологическая характеристика бронхиальной астмы в сочетании с описторхозом у детей и подростков в Приобском регионе // Вестник СурГУ. Медицина. 2012. № 3. С. 62–70.
8. Медицинская энциклопедия. Гельминтология. Острый и хронический описторхоз // Doctorland.ru. URL : <http://doktorland.ru/> (дата обращения: 20.01.2018).
9. Сидорова Н. Прикладная статистика. Квартили. URL: <http://www.nvtc.ee/e-oppe/Sidorova/statistika/kvartili.html> (дата обращения: 20.01.2018).

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Прокопьев Михаил Николаевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры инфекционных, кожных и венерических болезней (курс эпидемиологии) Медицинского института, Сургутский государственный университет; e-mail: mik-prokorev@yandex.ru.

Камка Надежда Николаевна – ассистент кафедры инфекционных, кожных и венерических болезней (курс инфекционных болезней) Медицинского института, Сургутский государственный университет; e-mail: mik-prokorev@yandex.ru.

Гусейнова Зинаида Олеговна – студентка 5-го курса Медицинского института, Сургутский государственный университет; e-mail: mik-prokorev@yandex.ru.

Мамедова Марта Арзумановна – студентка 5-го курса Медицинского института, Сургутский государственный университет; e-mail: mik-prokorev@yandex.ru.

ABOUT THE AUTHORS

Prokopyev Mikhail Nikolaevich – PhD (Medicine), Associate Professor, Skin, Venereal and Infectious Diseases Department, Medical Institute, Surgut State University; e-mail: mik-prokorev@yandex.ru.

Kamka Nadezhda Nikolaevna – Assistant Professor, Skin, Venereal and Infectious Diseases Department, Medical Institute, Surgut State University; e-mail: mik-prokorev@yandex.ru.

Guseinova Zinaida Olegovna – Student, Medical Institute, Surgut State University; e-mail: mik-prokorev@yandex.ru.

Mamedova Marta Arzumanovna – Student, Medical Institute, Surgut State University; e-mail: mik-prokorev@yandex.ru.