

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

© Чемич М.Д., Захлебаєва В.В., Ільїна Н.І., Шолохова С.Є., 2010
УДК 616.36-008.89-036.82(477.52)

М.Д. Чемич, В.В. Захлебаєва, Н.І. Ільїна, С.Є. Шолохова

СУЧАСНА КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОПІСТОРХОЗУ НА СУМЩИНІ

Сумський державний університет, Сумська обласна санітарно-епідеміологічна станція

Наведена епідеміологічна ситуація з опісторхозу у Сумській області та в Україні. Зроблено аналіз клінічного перебігу хронічного опісторхозу у природно-му осередку, особливістю якого є високий відсоток латентної форми інвазії. Визначена діагностична значущість клініко-лабораторних симптомів хвороби.

Ключові слова: Сумщина, опісторхоз, клініка, епідеміологія, діагностика.

Збудник опісторхозу був відкритий понад 100 років тому, однак проблема цієї інвазії не вирішена і в наш час. За даними ВООЗ, у світі біля 21 млн осіб інвазовані печінковою трематодою. Ця хвороба поширена у багатьох регіонах світу: у Росії, Україні, Австрії, Угорщині, Німеччині, Польщі та інших країнах.

Найбільший у світі ендемічний осередок опісторхозу знаходиться у Західному Сибіру та Східному Казахстані, в Об-Іркутському басейні з максимальним рівнем захворюваності в приобських районах, Ханті-Мансійському національному окрузі, Тюменській та Томській (північні райони) областях, де екстенсивність інвазії місцевого населення досягає 85-95 %. Тут же відмічається висока інвазованість котів (100 %), собак (27-50 %), свиней (40 %). Ендемічна з опісторхозу Об-Іркутська територія охоплює 15 країв і областей Росії та Казахстану [1].

Другим за величиною осередком є басейн Дніпра з його притоками (Псел, Сула, Сейм, Ворскла та ін.), виявлений у 30-х роках минулого століття. Рівень ураженості населення коливається від 10 до 15 % у Полтавській та Чернігівській областях і до 71-82 % – у Сумській. Зараженість опісторхозом м'ясоїдних тварин (переважно котів) у басейні Дніпра і його притоків складає 32 %, Південного Бугу – 28 %, Сіверського Дінця – 25 %, Дністра – 19 %. Зараженість моллюсків церкаріями у басейнах Дніпра, Ворскли і Десни коливається від 0,3 до 1,5 %, а риб з родини корошових метацеркаріями – від 3 до 18 % [2].

Третя за розмірами ендемічна з опісторхозу територія – Волго-Камський басейн. Зони з висо-

ким рівнем ендемії реєструються у Пермській області (60 % ураженого населення в окремих селищах) і в Татарстані.

Перший осередок опісторхозу на Сумщині був виявлений в 1953 р. на річці Ворскла та її притоках з ураженістю населення до 61 %. Згодом зареєстровані інтенсивні осередки на річках Сула, Сейм, в яких інвазованість населення склала від 2 до 18 %, а у деяких селах Кролевецького району до 70-80 % [3]. У 80-х роках ХХ ст. опісторхоз уже виявлений у 16 з 18 районів області, у 197 населених пунктах. У зв'язку з цим з 1981 р. розпочалася планова, цілеспрямована робота по боротьбі з опісторхозом. Головним санепідуправлінням МОЗ України, Київським інститутом епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського, Республіканською і Сумською обласною санепідстанціями за участю Інституту медичної паразитології і тропічної медицини ім. Є.І. Марциновського був розроблений план заходів з вивчення ситуації з опісторхозу і посиленню боротьби з ним у Сумській області. Одночасно почали реалізовувати Всесоюзну цільову комплексну наукову програму «Опісторхоз», затверджену МОЗ СРСР від 14.02.1983 р., та Республіканську програму заходів боротьби з опісторхозом в УРСР на період 1985-90 рр., затверджену Наказом МОЗ УРСР № 554 від 19.09.1984 р.

Вивчення епідситуації з опісторхозу у басейнах річок України виявило природні осередки у різних регіонах країни, були визначені основні механізми та параметри епідемічного процесу. Розроблені нові методи діагностики, лікування, диспансеризації хворих на опісторхоз, здійснювалися заходи щодо оздоровлення осередків.

З 1989 р. у Сумській обласній інфекційній лікарні ім. З.І. Красовицького почав працювати обласний центр лікування хворих на опісторхоз. Протягом 20 років проведено лікування більше 4 тис. хворих, обстежено на гельмінтоз більше 2 млн осіб.

Проте проблема опісторхозу не втрачає своєї актуальності. За даними офіційної статистики, на Сумщині виявлено понад 1400 хворих на опісторхоз (показник 34,6 на 100 тис. населення). Хвороба належить до некерованих, суттєво впливає на здоров'я населення своїми наслідками. Стійке функціонування осередку забезпечено особливістю гідрологічного режиму, значною часткою риби у харчовому раціоні місцевого населення. Про ризик зараження населення свідчать дані лабораторних досліджень додаткових і проміжних хазяїв паразита, проведених за останні 3 роки: ураженість личинками опісторхів моллюсків становить 1,03 %, коропових риб – 2-4 %. Найбільше уражені лящ (25 %), в'язь (20 %), підуст і густера (7 %), плітка, краснопірка (5 %) [4].

Патогенна дія печінкових трематод – це не тільки механічна обструкція біліарних протоків. Паразити спричиняють порушення мікроциркуляції, некроз, запалення, фіброз, холангіоектазії жовчовивідних шляхів, створюють умови для вторгнення бактерій у жовчовивідні протоки [5]. Доведена роль опісторхозної інвазії у малігнізації епітелію протоків. Продукти життєдіяльності трематод спричиняють генотоксичні ефекти з пошкодженням ДНК і розвитком мутацій через активізацію онкогенів, дисрегуляцію проліферативних процесів. Збудник Міжнародною агенцією з вивчення раку віднесений до групи канцерогенів № 1 [6, 7].

З другої половини ХХ століття глобального поширення набуває проблема хронізації інфекційних і паразитарних хвороб у зв'язку з патоморфозом – зміною клінічного перебігу більшості інфекційних хвороб, зокрема черевного тифу, сальмонельозу, шигельозу та інших. Збільшилася частота хронізації захворювань вірусної та бактерійної етіології. Існує думка про ймовірний вплив на перебіг інфекційного процесу сенсibiliзації різними алергенами, в їх числі й алергенами інфекційного походження. Дослідженнями з вивчення причин хронізації основних бактерійних і вірусних інфекцій доведена значна роль інвазії гельмінтами. На тлі опісторхозу ускладнюється перебіг вірусних гепатитів, туберкульозу, черевного тифу, шигельозу, бруцельозу [8, 9]. Причиною цих явищ є дисбаланс у системі імунітету, орієнтований в умовах хронічної опісторхозної інвазії на підтримку тривалого симбіозу в системі «хазяїн-паразит» [10].

Мета дослідження – вивчити сучасну епідеміологічну ситуацію з опісторхозу на Сумщині та особливості клінічного перебігу хвороби у природному осередку.

Пацієнти і методи

Проаналізовані медичні карти стаціонарних хворих та обстежено 158 хворих, що перебували на лікуванні у Сумській обласній клінічній інфекційній лікарні у 2004-2009 рр. Отримані дані занесені в «Електронну карту досліджень», піддані статистичній обробці з використанням програми *Microsoft Excel* та наступних алгоритмів: запис полів списку для обстежених і заповнення таблиць.

Результати досліджень та їх обговорення

Захворюваність на опісторхоз у Сумській області залишається стабільно високою без тенденції до зниження і перевищує середньоукраїнські показники у 22-25,6 разу (мал. 1).

У 2009 р. на обліку знаходилося 1482 хворих на опісторхоз, з них 65 дітей. Показник захворюваності склав 34,6 на 100 тис. населення. Це у 26 разів вище середнього показника в Україні. 95 % хворих зареєстровані у м. Шостка та у 7 районах: Буринському, В.-Писарівському, Кролевецькому, Недригайлівському, Роменському, С.-Будському, Шосткинському. Випадки опісторхозу зареєстровані у 69 населених пунктах області, з них у 17 ураженість населення перевищує 3 %.

Однак ця статистика відображає лише частину дійсної захворюваності на опісторхоз. Поліморфізм клінічних проявів призводить до того, що хворі звертаються не до інфекціоністів, а до лікарів інших спеціальностей, і часто недуга залишається нерозпізнаною внаслідок недостатнього знання лікарями цієї патології.

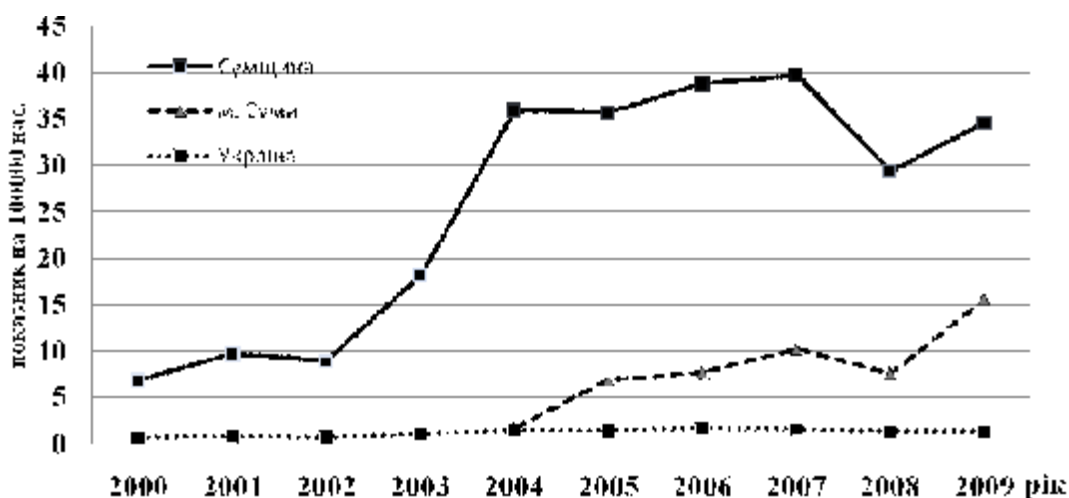
Серед хворих, які лікувалися з приводу опісторхозу у Сумській обласній клінічній інфекційній лікарні за період дослідження, переважали жінки (62,5 %). Середній вік інвазованих ($37,09 \pm 1,44$) років. Вікові групи: до 18 років – 11,6 % осіб, 19-26 – 23,2 %, 30-40 – 18,8 %, старше 40 років – 46,4 %.

З географічного анамнезу з'ясовано, що основний відсоток пацієнтів склали жителі м. Сум та С.-Будського району – 47,3 та 21,4 % відповідно.

Харчовий анамнез: у 59,8 % хворих фактором передавання була в'ялена або солена риба. Зараженню опісторхісами сприяли звички людей, що мешкають поблизу водоймищ, вживати в їжу сиру рибу. Такі харчові традиції є частиною глибоко укоріненої культури і тому важко піддаються змінам. Група ризику (рибалки та члени їх сімей) складала 72,3 %.

З клінічних форм переважав хронічний опісторхоз. Жодного випадку гострого опісторхозу, який для корінного населення осередку є винятковістю, за період спостереження виявлено не було.

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ



Мал. 1. Динаміка захворюваності на опісторхоз у Сумській області та Україні за 2000-2009 рр.

Клініка хронічного опісторхозу зумовлена ураженням біліарного каналу, підшлункової залози та реактивними змінами з боку сусідніх органів. Аналіз результатів дослідження дозволив виділити ряд синдромів, які зустрічалися з різною частотою: холангіохолецистит, дискінезії жовчовивідних шляхів, гастроінтестинальні прояви, алергічний, панкреатопатію, вегето-судинну дистонію.

У більшості пацієнтів захворювання мало латентний перебіг. Про це свідчить випадкове виявлення яєць опісторхісів у випорожненнях при обстеженні декретованої групи населення (58,2%), при зверненні за медичною допомогою з приводу інших захворювань (17,7%) і тільки 24,1% хворих мали ознаки маніфестації хвороби. Основними клінічними проявами недуги були диспепсичний і больовий синдроми: 56,3% хворих скаржилися на важкість у правому підребер'ї, 30,4% – на біль у епігастрії, 26,8% – на гіркоту в роті, 24,1% – на нудоту, 17% – на здуття живота, 10,7% – на нестійкі випорожнення, на зниження апетиту – 11,6%, на сухість у роті – 8,9%, на блювання – 3,6%. Не було скарг у 14,3% осіб.

У пацієнтів також діагностували ураження гепатодуоденопанкреатичної зони (табл. 1). Найчастіше виявляли збільшення печінки, симптоми астеновегетативного синдрому, у кожного четвертого – субіктеричність склер, субфебрилітет, больючість при пальпації в епігастрії та точці Кера. Проявами вегетативних розладів були пітливість, слинотеча, вазомоторні судинні реакції. Астеновегетативний синдром у обстежених хворих визначався головним болем, безсонням, подразливістю.

Таблиця 1

Частота виявлення симптомів хронічного опісторхозу в обстежених хворих

Симптом	Кількість хворих	
	абс. ч.	%
Субіктеричність склер	38	24,1
Субфебрилітет	33	21,4
Больючість при пальпації в епігастральній ділянці	47	29,7
Больючість при пальпації в проекції жовчного міхура	41	26,1
Позитивні симптоми Кера, Мерфі, Ортнера	13	8,1
Гепатомегалія	119	75,9
Астеновегетативний синдром	69	44,6
Алергічний синдром	10	6,1
Вегетативні розлади	21	12,7

На відміну від даних інших авторів, зміни у гемограмі у більшості наших пацієнтів були відсутні (табл. 2). Кількість еритроцитів і тромбоцитів, вміст гемоглобіну, середній розмір еритроцитів (MCV), концентрація гемоглобіну в еритроциті (MHCN), об'єм еритроцитів (MCV) були у нормі. Не було також змін у хворих у лейкоформулі, і лише у 14,3% осіб вони були вище середніх показників. Відсоток еозинофілів не перевищував норму, тільки у 3% хворих була виявлена еозинофілія. У біохімічному аналізі крові значних змін не визначали.

Гематологічні показники ендогенної інтоксикації були у межах норми: ЛІІ (0,76±0,06), ГПІ (0,99±0,07), ІЗЛК (1,810±0,068), Ілімф (0,540±0,002).

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Таблиця 2

Зміни лабораторних показників у хворих на опісторхоз при госпіталізації

Показник	M±m
Еритроцити, Т/л	4,220±0,046
Гемоглобін, г/л	128,08±1,65
MCV, мкм	86,38±0,59
MCH, пг	30,21±0,24
MHCH, г/л	328,15±2,31
Тромбоцити, Г/л	208,90±4,73
Лейкоцити, Г/л	6,24±0,16
Еозинофіли, %	2,82±0,24
Білірубін, мкмоль/л	13,80±1,02
АлАТ, од./л	28,20±2,14
АсАТ, од./л	30,10±1,64
ЛФ, од./л	150,68±11,82
ГГТП, од./л	30,60±4,17

Діагноз опісторхозу підтверджений копроовоскопією та дослідженням дуоденального вмісту. Яйця опісторхисів знайдені у випорожненнях у 100 % хворих. У 86,6 % осіб виявлена мінімальна інвазія, у 8,0 % – помірна, у 5,4 % – значна. Визначення антитіл до печінкової трематоди у крові методом ІФА проведено 18,1 % хворих, з них позитивний результат отримано у 45,0 %.

Досліджений дуоденальний вміст у 64,2 % хворих, яйця опісторхисів знайдені у 25,0 % осіб. Елементи запалення (лейкоцити, слиз, епітелій) у порції жовчі А виявлені у 20,8 % пацієнтів, у порції В – у 53,1 %, у порції С – у 8,1 %. У 6,2 % хворих визначалася підвищена секреторна функція шлунка, у 16,1 % – знижена. Збільшення вмісту α-амілази у сечі було у 8,9 % хворих.

При УЗД органів черевної порожнини ознаки гепатиту діагностовано у 17,2 % осіб, холециститу – у 78,6 %, холангіту – у 21,3 %. Дискінезія жовчовивідних шляхів за гіпокінетичним типом підтверджена у 38,3 % пацієнтів. Крім ураження гепатобіліарної системи у 18,8 % хворих при ФГДС визначався гастрит, у 11,6 % – гастродуоденіт. У 14,3 % виявлені дистрофічні зміни міокарду.

Визначаючи діагностичну значущість клініко-лабораторних симптомів у хворих на опісторхоз, встановлено, що найбільше діагностичне значення серед клінічних даних мають ознаки холециститу, гастриту, гепатомегалія, відчуття важкості в епігастрії; із лабораторних – виявлення опісторхисів у калі; з епідеміологічних – належність до групи ризику і вживання термічно необробленої риби (табл. 3).

Таблиця 3

Діагностична значущість клініко-лабораторних симптомів у хворих на опісторхоз

Симптом	%
Опісторхиси в калі	100,0
Ознаки холециститу	78,6
Гепатомегалія	74,2
Група ризику (рибалки та члени родини)	72,3
Гастрит	69,7
Вживання в'яленої та соленої річкової риби	59,8
Важкість у правому підребер'ї	56,3
ІФА (+)	45,5
Астеновегетативний синдром	44,6
Гастродуоденіт	30,4
Біль в епігастрії	30,4
Гіркота у роті	26,8
Субіктеричність склер	25,0
Субфебрилітет	25,0
Нудота	25,0
Опісторхиси у дуоденальному вмісті	25,0

Порівнюючи основні клініко-лабораторні дані перебігу хронічного опісторхозу, отримані нами, з даними авторів, які досліджували цю недугу у різні періоди (табл. 4), встановлено наступне:

- починаючи з 80-х років 20-го століття, переважно реєструється малосимптомний перебіг;
- схуднення для наших хворих не характерне;
- жовтяниця шкіри і склер виявляється усе рідше;
- частота збільшення печінки знаходиться на значному рівні;
- характерний субфебрилітет і лише у четвертій частині хворих;
- анемія та еозинофілія реєструються у 14-16 % обстежених;
- інтенсивність інвазії переважно низька.

Висновки

1. Опісторхоз треба розглядати як системне захворювання людини, спричинене трематодами, що паразитують у жовчних протоках, жовчному міхурі та підшлунковій залозі, мають сенсibiliзувальну, механічну, нейрогенну дію.
2. Захворюваність на опісторхоз у Сумській області висока і має тенденцію до зростання.
3. Хвороба переважно має латентний перебіг.
4. З маніфестних форм недуги найчастіше виявляється холецистит (78,6 %).
5. Вирішальну роль у діагностиці хронічного опісторхозу має копроовоскопія (100 %).

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Таблиця 4

Основні клініко-лабораторні ознаки перебігу хронічного опісторхозу за даними різних авторів

Показник	Автори				
	М.М. Плотніков (1953)	Р.М. Ахрем-Ахремович (1963)	Д.Д. Яблоков (1979)	А.І. Пальцев (1990)	Наші дані (2010)
Біль у правому підребер'ї	Виражений больовий синдром – 30 % Напади жовчної кольки	Часто тупі. Гострі – до нападів жовчної кольки. Больовий шок	Періоди загострення та ремісії. Можливий безсимптомний перебіг	У місцевого населення переважно олігосимптомний перебіг	Важкість у правому підребер'ї – 56,3 %; біль в епігастрії – 30,4 %
Зниження маси тіла	25 % – помітне	Часто	Помірне	32 % – помірне	У поодиноких випадках
Жовтяниця	Рідко	11 %	9,5 %	1 %	1 %
Субіктеричність склер	Дуже часто	30 %	46 %	43 %	25 %
Гепатомегалія	35 %	90 %	62 %	52 %	74,1 %
Температура	До 37,8 °С – 55 %; до 39 °С – рідше	Субфебрильна – часто; фебрильна – рідко	Субфебрильна – 34 %; до 39 °С – 5 %	Субфебрильна – 31 %; до 38,5 °С – 0,7 %	Субфебрильна – 25 %
Анемія	Майже у всіх	У багатьох	Не часто	Рідко	14 %
Еозинофілія	Значна – 80 %	Значна – 65 %	Переважно значна – 85 %	Незначна – 45 %	На рівні 5 % у 5,4 %; 10 % – у 10,7 %
Інтенсивність інвазії	Значна	Значна	Переважно значна	1,2 % – значна; 89,5 % – низька	5,4 % – значна; 8,0 % – помірна

6. Групу ризику складають рибалки та члени їх сімей (72,3 %). Основним фактором передавання є солена і в'ялена риба.

Література

1. Пальцев А.И. Клиника, диагностика и лечение хронического описторхоза // Клиническая медицина. – 2003. – № 4. – С. 62-66.
2. Опісторхоз в Україні / Павліковська Т.М., Бодня К.І., Холтобіна Л.В. та ін. // Сучасні інфекції. – 2005. – № 2. – С. 4-6.
3. Ситуація з опісторхозу в Сумській області та в Україні / Шолохова С.Є., Сніцарь А.О., Міроненко В.Б. та ін. // Сучасні інфекції. – 2004. – № 4. – С. 9-11.
4. Санітарно-паразитологічна характеристика довкілля як показник ризику зараження паразитарними хворобами / Псарьов В.М., Шолохова С.Є., Даниленко Л.М., Жук П.І. // Матеріали наради паразитологів України: тези доповідей. – Рівне, 2007. – С. 157-160.
5. Carpenter H.A. Bacterial and parasitic cholera // Mayo Clin. Proc. – 1998. – N 5. – P. 473-478.
6. Губергриц Н.Б., Ширинская Н.В., Загоренко Ю.А. Поражение поджелудочной железы при описторхозе // Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология. – 2008. – № 3. – С. 11-18.
7. Holzinger F., Zraggen K., Buchler M.W. Mechanisms of biliary carcinogenesis: a pathogenetic multi-stage cascade towards cholangiocarcinoma // Ann. Oncol. – 1999. – N 10, Suppl. 4. – P. 122-126.

8. Бодня Е.И. Паразитозы в Украине // Сучасні інфекції. – 2004. – № 4. – С. 4-8.

9. Бодня Е.И. Нарушения процессов адаптации и их коррекция при хроническом описторхозе: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Киев, 1999. – 43 с.

10. Епіднадгляд за паразитарними хворобами в Україні та шляхи його поліпшення / Павліковська Т.М., Некрасова Л.С., Світа В.М., Гуца Г.Й. // Матеріали наради паразитологів України: тези доповідей. – Іллічівськ, 2000. – С. 187.

THE MODERN CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTIC OF OPISTHORCHOSIS IN SUMY REGION

M.D. Chemych, V.V. Zahlebayeva, N.I. Ilyina, S.Ye. Sholokhova

SUMMARY. The epidemiological situation with opisthorchosis in Sumy region and in Ukraine are induced. The analyze of clinical course of chronic opisthorchosis was maded. Peculiarity is a high percentage of latent form. The clinic and laboratory signs of disease were formed.

Key words: Sumy region, opisthorchiasis, clinic, epidemiology, diagnostics.

Отримано 8.06.2010 р.