

## Некоторые трудности дифференциальной диагностики клонорхоза

Валентин Александрович Фигурнов<sup>1</sup>, Татьяна Анатольевна Долгих<sup>1\*</sup>,  
Алексей Александрович Григоренко<sup>2</sup>, Евгений Витальевич Дубяга<sup>3</sup>,  
Сергей Николаевич Рошин<sup>2</sup>, Лилия Сергеевна Нициевская<sup>4</sup>,  
Николай Николаевич Трынов<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Амурская государственная медицинская академия, г. Благовещенск, Россия;

<sup>2</sup>Амурский областной онкологический диспансер, г. Благовещенск, Россия;

<sup>3</sup>Амурская областная клиническая больница, г. Благовещенск, Россия;

<sup>4</sup>Амурская областная инфекционная больница, г. Благовещенск, Россия

### Реферат

Клонорхоз — заболевание, вызываемое паразитированием китайского сосальщика (*Clonorchis sinensis*), характеризующееся поражением печени и/или поджелудочной железы. Основой диагностики клонорхоза служит обнаружение в кале яиц паразита. Несмотря на это, при подтверждении данного гельминтоза могут возникнуть трудности. Следует отметить, что при малоинтенсивных инвазиях или в остром периоде клонорхоза обнаружить яйца в кале удаётся не всегда. В данной статье описан случай у мужчины 38 лет, поступившего в стационар с предварительным диагнозом «Опухоли печени». Диагноз «Клонорхоз» был выставлен после проведения биопсии печени и обнаружения в дуоденальном содержимом яиц клонорха. В кале яйца обнаружить не удалось. Терапия празиквантелом (билтрицидом) оказалась эффективной, и больной был выписан в удовлетворительном состоянии.

**Ключевые слова:** клонорхоз, печень.

**Для цитирования:** Фигурнов В.А., Долгих Т.А., Григоренко А.А. и др. Некоторые трудности дифференциальной диагностики клонорхоза. *Казанский мед. ж.* 2019; 100 (3): 492–494. DOI: 10.17816/KMJ2019-492.

### Some difficulties of differential diagnosis of clonorchiasis

V.A. Figurnov<sup>1</sup>, T.A. Dolgikh<sup>1</sup>, A.A. Grigorenko<sup>2</sup>, E.V. Dubyaga<sup>3</sup>, S.N. Roshchin<sup>2</sup>, L.S. Nitsievskaya<sup>4</sup>, N.N. Trynov<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Amur State Medical Academy, Blagoveshchensk, Russia;

<sup>2</sup>Amur Regional Oncology Center, Blagoveshchensk, Russia;

<sup>3</sup>Amur Regional Clinical Hospital, Blagoveshchensk, Russia;

<sup>4</sup>Amur Regional Infectious Diseases Hospital, Blagoveshchensk, Russia

### Abstract

Clonorchiasis is a disease caused by the parasites of the Chinese fluke (*Clonorchis sinensis*) characterized by damage of the liver and/or pancreas. The basis of the diagnosis of clonorchiasis is detection of parasite eggs in the feces. Despite this, it may be difficult to confirm this helminthiasis. It should be noted that in case of low-intensity invasions or in the acute period of clonorchiasis, it is not always possible to detect eggs in the feces. The article describes a case of a 38-year-old man admitted to the hospital with a preliminary diagnosis of liver tumor. The diagnosis of clonorchiasis was made after the liver biopsy and identifying of Clonorchis eggs in the duodenal contents. No eggs were found in the feces. The therapy with praziquantel (biltricide) was effective and the patient was discharged in a satisfactory condition.

**Keywords:** clonorchiasis, liver.

**For citation:** Figurnov V.A., Dolgikh T.A., Grigorenko A.A. et al. Some difficulties of differential diagnosis of clonorchiasis. *Kazan medical journal.* 2019; 100 (3): 492–494. DOI: 10.17816/KMJ2019-492.

В настоящее время клонорхоз представляет собой значительную проблему для здравоохранения в связи с увеличением количества больных и заражённых, особенно в Дальневосточном регионе. В России эта болезнь встречается в дельте реки Амур по китайскому и русскому берегам [1].

Основой диагностики клонорхоза служит обнаружение в кале яиц паразита. При проведении иммуноферментного анализа возможно развитие перекрёстных реакций с другими паразитами, в связи с чем могут быть получены ложноположительные результаты. Предложенный метод не даёт возможности отличить текущую инфекцию от перенесённой. Полимеразная цепная реакция широкого применения в России не получила из-за отсутствия тест-систем [2]. В связи с этим иногда в диагностике клонорхоза возникают трудности. Примером может служить приведённый нами клинический случай.

Больной К. 38 лет, житель сельской местности Амурской области обратился за медицинской помощью в связи с тем, что у него появились ноющие боли в правом верхнем отделе живота. Периодически повышалась температура тела до 39,0 °С, был плохой аппетит, происходила потеря массы тела. Подобные симптомы беспокоили больного в течение 6 мес. Когда появился приступ резких болей в области правого подреберья, пациент обратился в районную больницу за помощью.

Был обследован амбулаторно методом ультразвукового исследования органов брюшной полости, при котором обнаружены очаговые образования печени. Была выполнена фиброгастродуоденоскопия, так как у больного подозревали опухоль в брюшной полости. С подозрением на опухоль печени был направлен в областной центр и госпитализирован в хирургическое отделение областной клинической больницы.

При повторном исследовании кала яйца гельминтов найти не удалось. Пациенту была выполнена биопсия печени, при исследовании биоптатов был заподозрен диагноз стронгилоидоза. Однако впоследствии он был исключён, и при повторном изучении материалов биопсии выявлено массивное пропитывание ткани печени эозинофилами (рис. 1). Особенно много эозинофилов было вокруг жёлчных протоков различного калибра, в меньшей степени — по периферии сосудов, стенки которых были утолщены за счёт пролиферации (рис. 2).

Больной с подозрением на паразитарное заболевание печени был переведён в инфекционную

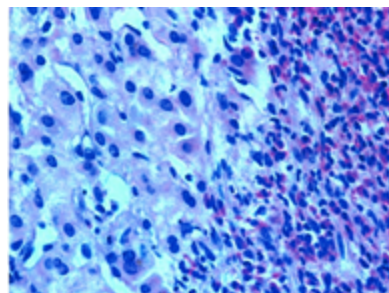


Рис. 1. Массивное пропитывание ткани печени эозинофилами как показатель паразитарной природы заболевания

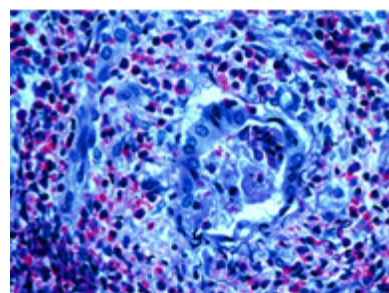


Рис. 2. Окраска гематоксилином и эозином биоптата печени, увеличение  $\times 400$ . Массивное скопление эозинофилов вокруг жёлчных протоков

больницу. При изучении эпидемиологического анамнеза выяснено, что больной — заядлый рыбак и нередко употреблял в пищу сырую, слабосоленную, вяленую мелкую рыбку (чебак, карась, гольян, пескарь и др.).

На момент поступления и во время пребывания в инфекционном стационаре состояние пациента было удовлетворительным. Температура тела оставалась нормальной, определялась гепатомегалия (размеры печени по Курлову 14 $\times$ 10 $\times$ 9 см, край при пальпации плотный и умеренно болезненный), селезёнка не увеличена.

Было назначено обследование, результаты которого приведены ниже.

Клинический анализ крови при поступлении: гемоглобин 114 г/л, эритроциты 4,02 $\times$ 10<sup>12</sup>/л, тромбоциты 313 $\times$ 10<sup>9</sup>/л, лейкоциты 8,1 $\times$ 10<sup>9</sup>/л, сегментоядерные 16%, лимфоциты 46%, моноциты 1%, эозинофилы 35%, базофилы 2%, скорость оседания эритроцитов 7 мм/ч.

В общем анализе мочи и при биохимическом исследовании крови патологии не обнаружено.

При копроовоскопии яйца гельминтов не определялись (при многократном исследовании).

Иммуноферментный анализ на маркёры вирусных гепатитов А, В и С отрицательный.

При дуоденальном зондировании в порции «В» обнаружены лейкоциты до 100 в поле зрения, единичные эритроциты и яйца клонорха. Методом иммуноферментного анализа крови

выявлены антитела класса G к антигенам клонорха.

При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости обнаружены очаговые изменения в паренхиме печени и участки повышенной эхогенности в левой доле размером 3–7 мм.

В динамике во время пребывания в стационаре отмечено увеличение доли эозинофилов до 46% на 2-й день после проведенного курса специфической терапии празиквантелом (билтрицидом). По данным непрямой фиброэластометрии печени фиброза ткани нет.

Через 9 дней после поступления в инфекционную больницу, проведенного обследования и терапии пациент в удовлетворительном состоянии был выписан под амбулаторное наблюдение с окончательным диагнозом «Клонорхоз, острое течение». Ещё через 4 мес состояние больного удовлетворительное, жалоб не предъявляет, работает и по-прежнему занимается рыбалкой.

Таким образом, у пациента была острая форма клонорхоза, выявленного в начальном периоде и пролеченного в стационаре. Возможно, это обстоятельство сыграло свою роль в том, что у больного в печени не обнаружены цир-

ротические процессы, а при копроовоскопии не найдены яйца клонорха. Вероятно, с этим же связан тот факт, что в начале болезни клонорхоз даже не подозревали, и потребовался большой объем исследований в нескольких стационарах. Наблюдение за пациентом в настоящее время продолжается.

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов по представленной статье.*

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Челомина Г.Н. Клонорхоз: глобальная и региональная эпидемиология. *Мед. паразитол.* 2017; (2): 55–61. [Chelomina G.N. Clonorchiasis: global and regional epidemiology. *Meditsinskaya parazitologiya.* 2017; (2): 55–61. (In Russ.)]
2. Байкова О.А., Николаева Н.Н., Грищенко Е.Г. и др. Трематодозы печени — описторхоз и клонорхоз: актуальность проблемы и принципы диагностики в современной клинической практике (обзор литературы). *Бюлл. ВСНЦ СО РАМН.* 2016; 1 (6): 182–187. [Baykova O.A., Nikolaeva N.N., Grishchenko E.G. et al. Liver trematode infection — opisthorchiasis and clonorchiasis: actual problems and principles of diagnosis in modern clinical practice (review of literature). *Bulleten' VSNTs SO RAMN.* 2016; 1 (6): 182–187. (In Russ.)] DOI: 10.12737/23825.