

Описание клинического случая диагностики аскаридоза при гастроскопии

Митюшина С. А.¹, Бурдина Е. Г.¹, Свирчев В. В.¹, Девяткин А. В.^{2,3}, Минушкин О. Н.²

¹ФГБУ «Поликлиника №3», Москва,

²ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УД Президента РФ, Москва,

³ФГБУ «ЦКБ с поликлиникой», Москва

Description of the clinical case of diagnosis of ascariasis with gastroscopy

Mitiushina S.A.¹, Burdina E.G.¹, Svirchev V.V.¹, Devyatkin A.V.^{2,3}, Minushkin O.N.²

¹FGBU «Poliklinic №3», Moscow, Russia,

²Central State Medical Academy of Department of President Affairs, Moscow, Russia,

³CCH with Outpatient health center, Moscow, Russia

Аннотация

В статье представлены редкий клинический случай диагностики аскаридоза методом эзофагогастродуоденоскопии.

Актуальность рассмотренной в данной статье темы заключается в недостаточной настороженности практикующих врачей в отношении паразитарных заболеваний, диагностика которых требует комплексного обследования с участием инфекциониста.

Ключевые слова: паразитарные болезни, аскаридоз.

Abstract

The article demonstrates a clinical example of a rare diagnosis of ascariasis by the method of esophagogastroduodenoscopy. The relevance of the topic considered in this article is the insufficient alertness of doctors regarding the detection of parasitic diseases, the requirements of the sanitary and hygienic regime are ignored.

Key words: parasitic diseases, ascariasis.

Ссылка для цитирования: Митюшина С. А., Бурдина Е. Г., Свирчев В. В., Девяткин А. В., Минушкин О. Н. Описание клинического случая диагностики аскаридоза при гастроскопии. Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2019; 2: 70-73.

По мнению экспертов ВОЗ (2017 г.), паразитарные болезни в настоящее время стали в какой-то мере «забытыми болезнями», в результате чего во всем мире наблюдается недооценка их медико-социальной значимости.

Действительно, паразитарные заболевания в течение последних десятилетий стали редко регистрироваться в развитых странах Европы и Америки и перестали восприниматься медиками как актуальные болезни. Даже в эндемичных по этим заболеваниям странах жаркого климата им стало уделяться меньше внимания как со стороны медицинских работников, так и среди населения. Отсутствует настороженность врачей в отношении выявления паразитарных заболеваний, зачастую игнорируются элементарные требования санитарно-гигиенического режима, что может способствовать заражению.

По оценкам ВОЗ, паразитарными болезнями в мире поражено более 4,5 млрд человек, при

этом каждый четвертый житель Земли инвазирован кишечными гельминтами. Среди гельминтозов человека ведущую роль играет аскаридоз, что связано с биологией возбудителя и его приспособлением к паразитированию исключительно в человеческом организме [1,2]

Аскаридоз - антропонозный геогельминтоз, вызываемый аскаридами - *Ascaris lumbricoides*, которые относятся к классу нематод (круглых червей) и паразитируют в тонкой кишке человека. Ежегодно от 0,8 до 1,2 млрд людей во всем мире болеют аскаридозом. Аскариды имеют вытянутую веретенообразную форму, желтовато-розовый цвет и являются раздельнополыми: длина самки аскариды составляет 20-40 см, самца - 15-25 см, ширина - 4-6 мм. Ежедневно после спаривания с самцом половозрелая самка аскариды способна откладывать более 200 тыс. яиц, которые выделяются зараженным человеком с фекалиями во внешнюю среду. Яйца аскарид покрыты

пятью оболочками, поэтому они очень устойчивы к неблагоприятным условиям. Описаны случаи, когда яйца оставались 4-5 лет в формалине, не теряя жизнеспособности. В почве при температуре выше 24 градусов и высокой влажности в течение 12-14 дней происходит созревание яиц до инвазивного состояния, в котором они приобретают способность попадая в организм другого человека - нового хозяина паразита, вырасти в половозрелые особи.

Заражение человека происходит посредством фекально-орального механизма передачи, чаще всего алиментарным путем. Яйца аскарид попадают в организм человека через рот с грязных рук, предметов обихода при несоблюдении мер гигиены, а также при употреблении в пищу загрязненных овощей, ягод и фруктов. Чаще всего заболевают аскаридозом дети, сельскохозяйственные работники и садоводы в тех местах, где нет централизованной канализации, а содержимое выгребных ям и фекалии человека используются в качестве удобрения грядок. Сезон высокого риска заражения аскаридозом продолжается с весны по осень.

Дальнейшее развитие паразита в организме нового хозяина включает раннюю (миграционную) и позднюю (кишечную) фазы аскаридоза. Инвазивные яйца аскарид попадают сначала в желудок, затем в тонкую кишку, где из них выходят микроскопические личинки, которые проникают в венозные сосуды, с током крови попадают в воротную вену и далее по кровеносным сосудам - в капиллярную сеть легких, где задерживаются до 10 дней. Затем личинки проникают в просвет альвеол, по внутренней поверхности бронхов поднимаются в трахею и глотку. Вместе с бронхиальной слизью и слюной они заглатываются и вновь возвращаются в желудок и тонкую кишку, в которой из них развиваются половозрелые особи. Полный цикл развития аскариды из яиц в половозрелые особи составляет около 2,5-3 мес, при этом незрелые личинки могут быть обнаружены в кале уже спустя 2 мес после заражения.

В раннюю фазу аскаридоза происходит сенсибилизация организма продуктами метаболизма личинок, а также механическим повреждением тканей кишечника, печени, сосудов, бронхолегочной системы. Во время миграции личинок могут наблюдаться аллергические реакции - заложенность носа, кашель, кожный зуд, кожные высыпания. В крови определяется эозинофилия. Иногда бывает субфебрильная температура, поражение легких по типу эозинофильной пневмонии. У пациентов с исходными аллергически-

ми заболеваниями возможно усугубление их течения или возникновение бронхоастматического симптомокомплекса.

В позднюю фазу аскаридоза в тонкой кишке наступает конечный этап развития личинок аскарид во взрослую особь. В этот период заболевания в большей степени выражено токсическое влияние на организм продуктов жизнедеятельности взрослых аскарид, травматизация тонкой кишки, нарушение всасывания питательных веществ, снижение иммунитета. Токсико-аллергические симптомы становятся менее выраженными, присоединяются боли в животе, тошнота, потеря аппетита, снижение работоспособности, вялость, сонливость.

Основным методом диагностики аскаридоза служит трехкратное исследование кала на яйца гельминтов. Из дополнительных лабораторных показателей, имеющих диагностическое значение, учитывается наличие и выраженность эозинофилии.

При лабораторном подтверждении диагноза аскаридоза проводится лечение современными противопаразитарными препаратами с последующим лабораторным контролем (за эффективностью лечения).

Профилактика аскаридоза включает соблюдение элементарных норм гигиены: мытье рук, тщательное промывание под проточной водой ягод, фруктов, овощей перед употреблением в пищу.

Пример из собственной практики.

Больная Р., 65 лет, с августа 2018 г. отметила появление неприятных ощущений в животе: жалобы на дискомфорт, боль в эпигастрии, изжогу, больше при наклонах, тошноту, периодически на рвоту пищей в утренние часы, вздутие живота, повышение газообразования, склонность к запорам. С этими жалобами обратилась к гастроэнтерологу в октябре 2018 г. При осмотре: состояние больной удовлетворительное, язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, чувствительный в эпигастрии при пальпации.

Диагноз предварительный: гастродуоденит (впервые зарегистрированный). Хронический холецистит.

Рекомендован прием пантопразола 20 мг 2 раза в день и дообследование - эзофагогастродуоденоскопия.

В общеклиническом анализе крови - эритроциты 4,6, гемоглобин 136, тромбоциты 247, лейкоциты 3,8, лимфоциты 40,3, эозинофилы 4,5.

Проведена эзофагогастродуоденоскопия: эндоскоп свободно проведен за глоточное кольцо в пищевод, слизистая его розовая, в дистальной трети раздраже-



Рисунок. Извлеченный из желудка гельминт.

на с линейной полуэпителизированной эрозией 1,5 см, перистальтика активная. Кардия не сомкнута. Желудок не увеличен в размере, натощак содержит много слизи и желчи. Складки слизистой продольные, эластичные, слизистая умеренно гиперемирована, отечна; угол желудка острый, антрум широкий. В просвете нижней трети тела желудка замечен круглый в поперечнике гельминт белого цвета длиной около 6 см, подвижный (гельминт извлечен, см. рисунок); привратник проходим, заброс желчи, слизистая его розовая. Луковица двенадцатиперстной кишки сформирована правильно, слизистая розовая. Двенадцатиперстная кишка осмотрена до нисходящей ветви, слизистая раздражена.

Заключение: гельминтоз неуточненный, эрозивный эзофагит, степень А-В по Лос-Анжелесской классификации, недостаточность кардии 1-2 степени. Поверхностный гастродуоденит, дуоденогастральный рефлюкс

Пациентка направлена на консультацию инфекциониста.

В дополнение к анамнезу установлено, что пациентка проживает в частном благоустроенном доме в Подмосковье, работает на приусадебном участке. В окружении все здоровы. В июле 2018 г. отдыхала в Греции, где употребляла в пищу много овощей и фруктов.

При осмотре: состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Язык обложен желтоватым налетом, суховат. Лимфоузлы не увеличены, безболезненные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС 72 в минуту, ритмичный. Живот не вздут, при пальпации безболезненный. Симптом Щеткина отрицательный. Печень, селезенка не увеличены. Стул 1 раз в сутки, оформленный, склонность к запорам. Дизурии нет. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

По данным морфологического исследования удаленного гельминта верифицирована особь *Ascaris lumbricoides*.

Диагноз: аскаридоз.

С целью дегельминтизации назначен альбендазол 400 мг однократно.

При контрольном трехкратном копрологическом исследовании яйца глистов и простейшие не обнаружены.

После проведенной противогельминтной терапии самочувствие улучшилось. Диспепсические симптомы полностью купировались. Констатируется клиническое выздоровление.

При динамическом клиническом наблюдении в январе 2019 г. — самочувствие пациентки удовлетворительное. Жалоб нет. Повторный анализ кала на яйца глистов и простейшие отрицательный.

Заключение

Представленный случай демонстрирует возможность заражения в наши дни геогельминтозом взрослого человека, проживающего в современных благоустроенных условиях загородного дома, при возможном нарушении санитарно-гигиенических требований. Наиболее вероятным фактором заражения представленной пациентки были пищевые продукты, в частности свежая зелень, овощи, для повышения урожайности которых, вероятнее всего, использовались человеческие испражнения. Заболевание развивалось исподволь и постепенно. Клинические симптомы, характерные для аскаридоза, появились у пациентки в позднюю фазу болезни, после развития из личинок в тонкой кишке взрослых аскарид и их миграции. Аскариды мигрировали в просвете тонкой кишки, попадали в желудок, вызывая боль, дискомфорт, снижение аппетита. В литературе описаны случаи редких осложнений, возникающих преимущественно у детей и у ослабленных пациентов. При большом скоплении аскарид может развиваться динамическая кишечная непроходимость, перфоративный перитонит. При попадании аскарид в желчные пути возможно развитие гнойного холангита, абсцесса пече-

ни, обтурационной желтухи; при проникновении аскарид в панкреатические протоки - остро-го панкреатита. При миграции взрослых аскарид по пищеводу в глотку и дыхательные пути может наступить асфиксия.

Обнаружение при ЭГДС крупного гельминта в желудке механическое удаление одной особи и ее морфологическая верификация как *Ascaris lumbricoides* позволили оперативно установить окончательный диагноз и назначить высокоэффективное специфическое лечение.

Улучшение клинического состояния пациентки, отсутствие жалоб, улучшение аппетита, нормальные показатели анализов крови и отсутствие яиц паразита в копрологическом материале свидетельствуют об эрадикации глистной инвазии и полном клиническом выздоровлении пациентки.

Представленный клинический случай наглядно демонстрирует необходимость обязательного обследования на гельминтозы и другие паразитарные инвазии пациентов с симптомами поражения желудочно-кишечного тракта, особенно выезжавших на отдых в страны теплого климата, и требует повышения настороженности вра-

чей разных специальностей в отношении паразитарных заболеваний.

Для исключения возможных глистных инвазий и других паразитарных заболеваний при диспансерном обследовании, по-видимому, целесообразно проведение их поиска в обязательном порядке.

Литература

1. В.П. Сергиева, Ю.В. Лобзина, С.С. Козлова. *Паразитарные болезни человека (протозоозы и гельминтозы)*. Санкт-Петербург. 2016; 373-382 [Sergiyev VP, Lobzina YuV, Kozlov SS. *Parasitic diseases of man (protozoa and helminthiasis)*. St. Petersburg; 2016: 373-382. In Russian].

2. Лысенко А. Я., Владимова М. Г., Кондрашин, А. В., Майори Д. *Клиническая паразитология*. Женева. 2002: Под ред. Лысенко А.Я. [Lysenko A. Ya., Vladimova M. G., Kondrashin, A. V., Majori D. *Clinical Parasitology*. Geneva, 2002. Ed. Lysenko AY. In Russian].

Для корреспонденции/Corresponding author
Минушкин Олег Николаевич/Minushkin Oleg
tantop@mail.ru

Конфликт интересов отсутствует