

УДК 616.995.122-036.12

В. А. Ахмедов¹, М. А. Критевич²¹ Омская государственная медицинская академия
ул. Ленина, 12, Омск, 644043, Россия² Отделенческая клиническая больница на ст. Омск пассажирский
ул. Карбышева, 41, Омск, 644020, Россия
E-mail: v_akhmedov@mail.ru

ХРОНИЧЕСКИЙ ОПИСТОРХОЗ КАК ПОЛИОРГАННАЯ ПАТОЛОГИЯ

Несмотря на то что преимущественной областью паразитирования описторхисов является гепатобилиарная система, в последние годы описаны системные воздействия паразитоза на макроорганизм хозяина. В формировании органных изменений при описторхозе принимают участие несколько патогенетических факторов: развитие аллергических и иммунопатологических реакций на антигены гельминтов, токсическое воздействие продуктов жизнедеятельности описторхисов на организм человека, механическое препятствие оттоку желчи или секрета поджелудочной железы, повреждение структур в местах обитания гельминтов (билиарная система, реже протоки поджелудочной железы), нейрорефлекторный фактор, а также вторичная инфекция, которая может проникнуть в печень как восходящим (через желчные протоки), так и нисходящим (гематогенным) путями [1; 2].

Механическое раздражение интерорецепторов печени, желчного пузыря, желчных и панкреатических протоков вызывает возникновение патологических нервных импульсов. Это влечет за собой нарушение функций органов, в первую очередь двенадцатиперстной кишки и желудка, в которых описторхисы не паразитируют [2].

Важным фактором патогенеза описторхоза являются нейрогенные механизмы [3]. Об этом свидетельствуют постоянно выявляемые структурные изменения в нервных волокнах и интрамуральных ганглиях. Они могут быть причиной расстройства нервной регуляции, возникновения висцеро-висцеральных патологических рефлексов, что

лежит в основе дискинетических нарушений в органах гепатопанкреатодуоденальной зоны. По-видимому, данные изменения являются базисом высокой частоты нарушений двенадцатиперстной кишки по гипомоторному типу (до 78 %) у больных с хроническим описторхозом [4].

Сенсибилизация организма продуктами обмена паразитов считается одной из причин хронизации органных поражений при данном гельминтозе [5]. Как в острую, так и в хроническую фазу описторхоза развитие патологических реакций происходит не только в месте их паразитирования. Наряду с поражением гепатобилиарной системы у ряда пациентов наблюдаются изменения в тонкой и толстой кишке, желудке [6].

Помимо органов желудочно-кишечного тракта и гепатопанкреатобилиарной системы хронический описторхоз может оказывать влияние на течение аутоиммунных процессов других органов и систем.

У больных с этим заболеванием в сочетании с аутоиммунным тиреоидитом (АИТ) отмечалось более выраженное снижение относительного количества тироцитов и увеличение лимфоидных элементов по сравнению с пациентами без описторхоза [7]. Следовательно, присутствие данной инвазии у больных с классическим вариантом АИТ приводит к более выраженным структурным изменениям в щитовидной железе.

У лиц с хроническим гломерулонефритом на фоне описторхозной инвазии отмечается более выраженное угнетение Т-клеточного звена иммунитета и фагоцитоза, снижение иммунорегуляторного индекса и

дисфункция гуморального звена, проявляющаяся усилением выработки IgA и IgM, снижением синтеза IgG и увеличением уровня циркулирующих иммунных комплексов [8]. Кроме того установлено [9], что наличие описторхозной инвазии у пациентов с хроническим гломерулонефритом оказывает значительное негативное влияние на выраженность эндотелиальной дисфункции, а персистенция описторхозных антигенов в циркуляции сопровождается активацией свертывания крови и отложения фибрина в микроциркуляторном русле, способствуя прогрессированию гломерулонефрита.

Также у людей с клинико-морфологическими вариантами хронического гломерулонефрита на фоне хронического описторхоза более выражена диастолическая дисфункция левого желудочка, что, очевидно, связано с расстройствами вегетативного гомеостаза [10].

У пациентов с псориазом в сочетании с хроническим описторхозом выявлен колитный синдром и нарушения микробного биоценоза кишечника, а основу псориазической коллонопатии составляли дегенеративно-дистрофические изменения клеточных популяций слизистой и реактивные изменения стромы [11].

У детей с описторхозной инвазией иммунологические нарушения проявлялись в виде достоверного снижения секреции лизоцима моноцитами и уменьшения его активности в сыворотке крови и желчи [12]. Наблюдения показали, что при включении лизоцима в схему лечения наблюдался более выраженный и продолжительный терапевтический эффект.

В последние годы в литературе важное место отводится патологии печени при хроническом описторхозе [13]. При морфологическом исследовании печеночной ткани в условиях инвазии в сочетании с вирусными гепатитами В и С отмечено, что у пациентов не происходят значительные альтеративные изменения внутриклеточной организации гепатоцитов, а клеточно-инволютивная дистрофия обнаруживается лишь в единичных случаях, как правило, при микст-инфекции [14]. Сочетание хронического описторхоза с хроническим гепатитом В и С в репликативной фазе инфекции стимулирует процессы апоптоза гепатоци-

тов. Описторхисы усиливают аллергические и воспалительные реакции в печени у больных с хроническим гепатитом В и С, что проявляется увеличением относительного содержания эозинофилов в воспалительном инфильтрате портальных трактов. Полученные данные [14] о клиническом течении и патоморфологических изменениях при хроническом вирусном гепатите С в ассоциации с хроническим описторхозом и без нее позволяют сделать вывод об утяжелении клинического течения гепатита при его сочетании с описторхозом, изменении соотношения синдромов в пользу болевого, аллергического, гепатомегалии и холангиохолецистита. В то же время течение вирусно-паразитарной инвазии протекает с менее выраженным цитолитическим синдромом и пролиферацией дуктулярного эпителия.

В исследовании С. А. Соколова [15] было показано, что у всех больных с хроническим вирусным гепатитом В при сочетании с описторхозом наблюдается депрессия Т-хелперного звена иммунитета, что создает благоприятные условия для репликации вирусной инфекции. Отмечалось значительное снижение уровня В-лимфоцитов. Несмотря на гиперпродукцию иммуноглобулинов М и G, выявлялось более интенсивное образование циркулирующих иммунных комплексов у больных с описторхозом, чем у пациентов с хроническим гепатитом В без него. Значительное образование ЦИК при микст-патологии обусловлено повышенной антигенной нагрузкой вследствие описторхозной инвазии. Сопутствующий хронический описторхоз у больных хроническим вирусным гепатитом В и С в фазе репликации приводит к более частому появлению диспепсического, астеновегетативного и болевого синдромов.

Описторхоз усиливает цитолиз гепатоцитов и активность мезенхимально-воспалительных реакций у лиц с хроническим вирусным гепатитом в репликативный период вирусной инфекции.

Рассматриваемая инвазия при хроническом вирусном гепатите вызывает дисрегуляцию корреляционных связей между показателями иммунного статуса и биохимическими маркерами нарушения функций печени. Хронический вирусный гепатит, протекающий с описторхозом, характеризу-

ется преобладанием жировой дистрофии интралобулярной зоны по сравнению с перипортальной [16]. Установлено активное участие провоспалительных цитокинов у пациентов с сочетанием хронического описторхоза и хронического вирусного гепатита В. В работе Г. Р. Бикбавовой и соавт. [17] было показано, что определение уровня цитокинов ИЛ-1 β , ФНО α , ИЛ-2 у лиц с хроническим вирусным гепатитом В и при его сочетании с описторхозом может служить важным критерием активности патологического процесса и последующего прогноза.

Имеются данные о неблагоприятном влиянии описторхозной инвазии на бронхолегочную систему. Наличие инвазии у больных с хронической обструктивной болезнью легких ухудшает состояние легочной гемодинамики, о чем свидетельствует увеличение показателя систолического давления в легочной артерии [18]. При гистологическом исследовании биоптатов слизистой оболочки трахеобронхиального дерева у пациентов с сочетанием описторхозной инвазии и хронической обструктивной болезни легких выявлялись резко выраженная десквамация реснитчатого эпителия, а также статистически достоверная гипертрофия и гиперплазия слизеобразующих желез в подслизистом слое в биоптатах крупных бронхов, что не позволяет без дегельминтизационной терапии добиться стойкой ремиссии обструктивной болезни [19].

Таким образом, хроническая описторхозная инвазия является прогностически неблагоприятной полиорганной патологией в условиях эндемичного Западно-Сибирского региона вследствие отягощающего влияния на клинические проявления многих заболеваний различных органов и систем организма хозяина, что необходимо учитывать при комплексном лечении таких пациентов.

Список литературы

1. Пальцев А. И. Клиника, диагностика и лечение хронического описторхоза // Клиническая медицина. 2003. № 4. С. 49–53.
2. Яблоков Д. Д. Описторхоз человека. Томск, 1979.
3. Белозеров В. С., Шувалова Е. П. Описторхоз. Л., 1981.
4. Ахмедов В. А., Турилова Н. С. Нарушение функции двенадцатиперстной кишки – причина формирования рефлюксной болезни у больных хроническим описторхозом // Сибирский журн. гастроэнтерологии и гепатологии. 2000. № 10–11. С. 122.
5. Богоявленский Ю. Н., Тимченко Ю. В. Современные аспекты клинического течения, эпидемиологии и профилактики описторхоза // Воен.-мед. журн. 1998. № 5. С. 44.
6. Смирнова Л. М., Савалкин В. И., Муравлянская Л. Н. Хронический вирусный гепатит в ассоциации с описторхозной инвазией: особенности клиники и течения // Рос. гастроэнтерол. журн. 1998. № 1. С. 9–12.
7. Иванова О. И., Логвинов С. В., Цыров Г. И. и др. Цитологическая картина классического варианта аутоиммунного тиреоидита на фоне описторхоза // Сибирский журн. гастроэнтерологии и гепатологии. 2000. № 10–11. С. 154–155.
8. Зибницкая Л. И., Калюжина Е. В., Резниченко Н. Б. и др. Клинико-морфологическая характеристика хронических гломерулонефритов, протекающих на фоне хронического описторхоза // Сибирский журн. гастроэнтерологии и гепатологии. 2001. № 12–13. С. 153–154.
9. Калюжина Е. В. Состояние вазомоторной функции сосудистого эндотелия и системы гемостаза у больных хроническим гломерулонефритом на фоне хронического описторхоза // Сибирский журн. гастроэнтерологии и гепатологии. 2004. № 18. С. 166–167.
10. Суркова Л. Г. Диастолическая дисфункция левого желудочка и состояние кардиоинотропной регуляции у больных хроническим гломерулонефритом на фоне хронического описторхоза // Сибирский журн. гастроэнтерологии и гепатологии. 2004. № 18. С. 176–177.
11. Хардикова С. А., Белобородова Э. И., Калюжина М. И. и др. Клинико-функционально-морфологическое состояние толстой кишки у больных псориазом в сочетании с хроническим описторхозом // Сибирский журн. гастроэнтерологии и гепатологии. 2004. № 18. С. 177–180.
12. Балашева И. И., Миронова З. Г., Касьянова З. П. Роль описторхозной инвазии в патологии детства // Сибирский журн.

гастроэнтерологии и гепатологии. 2003. № 16–17. С. 66–67.

13. Тун М. Р., Белобородова Э. И. К вопросу о состоянии печени при хроническом описторхозе // Сибирский журн. гастроэнтерологии и гепатологии. 1995. № 1. С. 9–12.

14. Пальцев А. И., Яхина С. В. Дифференциальная диагностика хронического вирусного гепатита С и хронического вирусного гепатита С, сочетанного с описторхозом // Сибирский журн. гастроэнтерологии и гепатологии. 2003. № 16. С. 175–178.

15. Соколов С. А. Клинико-патогенетические взаимосвязи иммунологических и биохимических показателей у больных хроническим вирусным гепатитом в сочетании с описторхозом: Автореф. дис ... канд. мед. наук. Тюмень, 2002.

16. Пурлик И. Л., Шаловой А. А., Перельмутер В. М., Белобородова Э. И. Клинико-лабораторные и морфологические особенности хронического вирусного гепатита, протекающего с описторхозом и опийной наркоманией // Сибирский журн. гастроэнтерологии и гепатологии. 2003. № 16–17. С. 180–182.

17. Бикбавова Г. Р., Совалкин В. И., Долгих Т. И. и др. Особенности выработки цитокинов (ФНО α , ИЛ-1 β , ИЛ-2) в зависимости от степени активности хронического вирусного гепатита В // Проблемы клиники, диагностики и терапии гепатитов: Материалы науч.-практ. конф. Харьков, 2005. С. 38–39.

18. Ратынская И. А., Шлычков А. В., Калининцева С. А. и др. Гемореология и микроциркуляция в малом круге кровообращения при хроническом обструктивном бронхите, ассоциированном с описторхозом // Актуальные вопросы висцеральной патологии в Западной Сибири. Омск, 2003. С. 80–88.

19. Попов С. И., Мальков П. Г., Шлычков А. В. Эндоскопические эквиваленты паразитарной сенсibilизации при хронических обструктивных болезнях легких в эндемичном очаге описторхоза // Актуальные вопросы висцеральной патологии в Западной Сибири. Омск, 2004. С. 89–92.

Материал поступил в редколлегию 29.08.2008