

## ТРИХИНЕЛЛЕЗ, ОПИСТОРХОЗ И ТРИХОЦЕФАЛЕЗ У НАСЕЛЕНИЯ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Мицура В.М.<sup>1</sup>, Бекиш В.Я.<sup>2</sup>, Ковальчук Е.Н.<sup>3</sup>

УО «Гомельский государственный медицинский университет»<sup>1</sup>, УО «Витебский государственный медицинский университет»<sup>2</sup>, УЗ «Жлобинская центральная районная больница»<sup>3</sup>, Республика Беларусь

**Введение.** Гельминтозы являются одними из наиболее часто встречающихся паразитарных инвазий [1, 2]. Представляет интерес изучить распространенность в Гомельской области различных заболеваний: трихоцефалеза, трихинеллеза и с недавних пор вновь актуального трематодоза описторхоза.

**Материалы и методы.** В рамках задания ГНТП 03.01./11 «Изучить на основе нанотехнологий особенности патогенеза и разработать эффективные способы лечения и диагностики трихинеллеза, описторхоза и трихоцефалеза человека» были изучены официальные статистические данные о пораженности населения в районах Гомельской области и в г. Гомель гельминтозами (трихинеллез, описторхоз, трихоцефалез) за январь–ноябрь 2011 года.

Обследование на описторхоз и трихоцефалез проводилось методом копроовоскопии в Гомельской областной инфекционной клинической больнице (ГОИКБ) и в Жлобинской центральной районной больнице (ЦРБ). Проводилось исследование методом иммуноферментного анализа с помощью тест-систем «Трихинелла-IgG-ИФА-БЕСТ» и «Описторх-IgG-ИФА-БЕСТ» (Вектор-Бест, Россия) в лаборатории ГОИКБ.

**Результаты и их обсуждение.** По сравнению с аналогичным периодом 2010 года, пораженность населения Гомельской области трихинеллезом и описторхозом не изменялась (различие на 1 случай), пораженность трихоцефалезом снизилась на 23,4%. За 11 месяцев 2011 года в Гомельской области не отмечено вспышечной заболеваемости трихи-

неллезом, лишь 2 спорадических случая. Количество выявленных случаев описторхозной инвазии в Гомельской области в 2010 году была в 5,4 раза выше республиканской, вероятно, такая тенденция сохранится и по итогам 2011 года.

При анализе пораженности гельминтозами населения Гомельской области по районам обращает на себя внимание тот факт, что в некоторых районах не регистрируется ни одного случая гельминтозов (Брагинский, Ветковский, Ельский, Кормянский, Лоевский, Октябрьский, Светлогорский, Чечерский и город Мозырь), что, возможно, говорит о низкой выявляемости этих инвазий и недостаточной работе лабораторной службы. Напротив, в центрах с развитой лабораторной службой (г. Гомель, Жлобинский и Речицкий районы) выявляемость гельминтозов выше. Это хорошо заметно на примере трихоцефалеза. Этот геогельминтоз должен встречаться относительно равномерно во всех районах Гомельской области, а по данным статистики, заболеваемость им колеблется от 0,0 до 17,8 на 100 000 населения в различных районах. Большинство случаев описторхозной инвазии выявлено в Жлобинском районе, где население активно употребляет в пищу рыбу, выловленную в реке Днепр. При выявлении описторхозной инвазии в Жлобинском районе большинство инвазированных (более 90%) не имели характерной для описторхоза клиники и были выявлены в семейных очагах и при обследовании для трудоустройства региональным центром гигиены и эпидемиологии. Это подчеркивает важность лабораторного обследования на описторхоз, в том числе с использованием методов обогащения (например, эфир-уксусный метод седиментации) [2, 3].

Проведено обследование пациентов Гомельской областной инфекционной клинической больницы (ГОИКБ) за 2010 год и 11 месяцев 2011 года и Жлобинской ЦРБ за 11 месяцев 2011 года на трихоцефалез и описторхоз методом копроовоскопии фекалий. В ГОИКБ в 2010 году было обследовано 5620 лиц, из которых был выявлен 1 случай трихоцефалеза (0,018%) и ни одного случая описторхоза. За 11 месяцев 2011 года из 4643 обследованных образцов фекалий случаев трихоцефалеза и описторхоза не было выявлено. В то же время в Жлобинской ЦРБ из 5140 обследований выявлено 3 случая трихоцефалеза (0,06%) и 33 случая описторхоза (0,64%). Таким образом, в Жлобинской ЦРБ выявляемость трихоцефалеза в 3,3 раза превышает таковую в ГОИКБ. Как видно из представленных данных, эффективность рутинной копроовоскопии фекалий крайне низка. Поэтому необходимо использовать методы обогащения (для трихоцефалеза и описторхоза), а для описторхоза шире использовать серологическое обследование.

Обследовано методом иммуноферментного анализа на трихинеллез и описторхоз. 217 пациентов ГОИКБ и амбулаторные пациенты, а также 6 пациентов Жлобинской ЦРБ с диагнозом описторхоза, под-

твержденным методом копроовоскопии фекалий. У всех пациентов ГОИКБ диагноз описторхоза или трихинеллеза не выставлялся. Было выявлено 2 положительных результата на антитела к трихинеллам (титры 1:100 и 1:800) из 217 пациентов ГОИКБ, и у 2 из 6 Жлобинских пациентов (титры 1:100 и 1:200). Антитела к описторхам не выявлены ни у одного из 217 пациентов ГОИКБ (0%) и у 5 пациентов Жлобинской ЦРБ (титры 1:200 у 3 и 1:400 у 2 пациентов).

У обследованных лиц с диагнозом описторхоза и наличием яиц гельминта в фекалиях были выявлены невысокие титры антител к описторхам (1:200–1:400), а у одной пациентки антител к описторхам в титре 1:100 не было выявлено. Отсутствие высоких титров антител нами расценено как проявление хронической фазы инвазии. У пациентов ГОИКБ ни в одном случае антитела к описторхам не выявлены. При описторхозе в двух случаях с титрами антител к описторхам 1:400 получены положительные серологические реакции на трихинеллез в низких титрах (1:100 и 1:200). Возможно, это проявление перекрестных реакций, или анамнестические титры после перенесенного в течение жизни трихинеллеза. Данным пациентам противогельминтное лечение не проводилось.

Пациенты с трихоцефалезом в Жлобинской ЦРБ и КИЗ были пролечены мебендазолом 100 мг \* 2 р/сут \* 3 дня. Контроль излеченности проводился в 1 случае – отрицательный результат копроовоскопии. Пациенты с описторхозом получали комбинированное лечение. Празиквантель назначался из расчёта 50 мг на 1 кг веса больного, доза принималась в течение 1 дня в три приёма с интервалом 3 часа. Одновременно назначались ибупрофен по 200 мг 3 раза в день и комплекс витаминов (витамины С, Е, бета-каротин) в течение 3 дней. Контроль лечения проводился спустя 1 месяц после лечения путём копроовоскопического обследования. Ни в одном случае яйца описторхисов в контрольных пробах не выявлялись.

**Заключение.** Распределение случаев выявленных гельминтозов в Гомельской области крайне неравномерное, что, вероятно, связано с недостаточной работой лабораторной службы. Эффективность рутинной копроовоскопии фекалий в стационарах области крайне низка. Серологическое обследование можно использовать в качестве скрининга описторхозной инвазии, однако оно не может заменить копроовоскопическое исследование. Для выявления трихинеллеза в острый период заболевания следует в первую очередь ориентироваться на клиничко-эпидемиологические данные, а находки антител к трихинеллам следует трактовать с осторожностью. Необходимо повышать уровень профессиональной компетентности лаборантов, шире внедрять в практику методы обогащения.

**Литература.**

1. Бронштейн А.М., Токмалаев А.К. Паразитарные болезни человека: протозоозы и гельминтозы: Учеб. пособие. – М.: Изд-во РУДН, 2002. – 207 с.
2. Паразитарные болезни человека (протозоозы и гельминтозы). Руководство для врачей. Редакторы: В.П. Сергиев, Ю.В. Лобзин, С.С.Козлов. – СПб: Фолиант, 2006. – 586 с.
3. Паразитарные болезни человека: Учебное пособие / С.В. Жаворонок, В.М. Мицура, С.С. Козлов и др. – Гомель: УО «Гомельский государственный медицинский университет», 2006.– 304 с.