СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

© Чугунова Г.Н., Шлыков А.И., Караваев Н.С., 2005
УДК 616.995.132

СЛУЧАЙ ТРИХИНЕЛЛЕЗА В ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Г.Н. Чугунова, А.И. Шлыков, Н.С. Караваев

Госпиталь с поликлиникой УВД Рязанской области

В статье описан случай трихинеллеза выявленный в амбулаторно-поликлинических условиях.

Трихинеллез – уникальная болезнь с преимущественно алиментарным (без фекально-орального) действующим механизмом заражения. Возбудитель трихинеллеза попадает в организм человека с зараженным мясом свиней, лошадей, медведей, барсуков и собак [2, 4, 5]. Пища может употребляться в виде сала-шпика, окорока домашнего копчения, сырого фарша, вареных и жареных изделий [3]. Личинки трихинелл, попадая в организм человека с зараженным мясом, созревают в тонком кишечнике, затем половозрелые особи паразитируют на слизистой кишечника, где самки рожают личинок (кишечная фаза). На шестой день от момента заражения личинки по лимфатическим путям разносятся по всему организму (миграционная фаза), а на седьмой–четырнадцатый день оседают в поперечно-полосатых мышцах мимической, дыхательной, жевательной мускулатуры, диафрагме, мышцах конечностей (мышечная фаза) [1, 2, 4, 5]. В мышцах они увеличиваются в размерах, закручиваются в спираль и инкапсулируются. Инкапсулированные личинки могут жить в организме человека несколько лет [1, 2, 4].

В основе патогенеза трихинеллеза лежит токсико-аллергический синдром, возникающий под воздействием метаболитов, выделяемых трихинеллами при их миграции и созревании.

Инкубационный период при трихинеллезе составляет 7–39 дней (в среднем 15–25 дней). Причем чем он короче, тем выше интенсивность инвазии, и, соответственно, хуже прогноз, а значит можно ожидать более тяжелое течение заболевания [1, 2, 4, 5].

По течению выделяют стертую, легкую, средне-тяжелую и тяжелую формы заболевания. Основные клинические проявления трихинеллеза: лихорадка ремиттирующего типа, отек лица в периорбитальной области, сопровождающийся конъюнктивитом, поэтому в начале века эту болезнь называли «одутловатка» [2, 4]. Характерными клиническими симптомами трихинеллеза являются миалгии и миастении, которые при тяжелом течении приводят к мышечным контрактурам и полной обездвиженности больных [2, 4]. Нередко во время лихорадки появляются боли в животе, сопровождающиеся тошнотой, рвотой, послаблением стула. На коже возможны высыпания типа крапивницы, а также подногтевые геморрагии [1, 4]. Возможно развитие катаральных явлений, спастических бронхитов и эозинофильных инфильтратов в легких.

Одним из наиболее тяжелых осложнений трихинеллеза является миокардит, который обычно развивается на третьей-четвертой неделе болезни. Другим серьезным осложнением является поражение

центральной нервной системы: от легкой головной боли и сонливости до эозинофильного менингита и энцефалита с развитием психозов, локального пареза или паралича [1, 2, 3, 4].

Диагноз трихинеллеза основывается на эпидемиологическом анамнезе, типичной клинической картине и наличии эозинофилии (до 25%), лейкоцитоза, обнаружение специфических антител. Наиболее важным является исследование мяса, которое больные ранее употребляли в пищу, методами трихинеллоскопии или переваривания. В сложных случаях исследуют биоптат мышц больного [2].

Приводим одно из наших наблюдений. Больной В., 45 лет, заболел через 2 недели от начала употребления свинины, купленной на рынке и засоленной в домашних условиях: появились слабость, сухость во рту, умеренная диффузная головная боль, слезотечение, припухлость век, кровоизлияние в конъюнктиву и склереу глаз, небольшой сухой кашель, субфебрильная температура. При обращении в поликлинику на второй день болезни пациент осмотрен терапевтом, окулистом, инфекционистом, поставлен диагноз: грипп, острый вирусный конъюнктивит, назначено соответствующее лечение. На третий день заболевания в связи с эозинофилией и сохраняющимися жалобами больной проконсультирован инфекционистом РОКБ им. Семашко. Диагноз: аденовирусная инфекция, лечение согласовано. С 4-го дня болезни температура тела повысилась до 39°C, лихорадка носила постоянный характер. Общее самочувствие ухудшилось: на фоне выраженной слабости, диффузной головной боли, отечности век, явлений склерита и конъюнктивита появились боли сначала в икроножных мышцах сковывающего характера, а затем и в мышцах бедер, легкая одутловатость лица. В анализе крови на 8-ой день болезни: лейко-

циты- $10,1 \cdot 10^9/\text{л}$, эозинофилы – 41%, СОЭ – 7 мм в час.

В связи с сохраняющейся лихорадкой, наличием болей в мышцах нижних конечностей, ростом эозинофилии до 41%, эпиданамнеза (употреблял в пищу свинину собственного посола, речную рыбу) больной был направлен в инфекционное отделение больницы им. Семашко с диагнозом: Лихорадка неясной этиологии: Описторхоз? Трихинеллёз?

При поступлении жалобы на сухость во рту, снижение аппетита, слабость, тяжесть в эпигастрии, правом подреберье, тянущие боли в мышцах ног. Общее состояние относительно удовлетворительное, температура – 38,6°C, менингеальных и очаговых симптомов нет, движения глазных яблок в полном объеме, зрачки одинаковые. Кожные покровы и склеры гиперемированы, сыпи нет. Язык сухой, обложен белым налётом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный; печень, селезёнка не увеличены. В легких дыхание везикулярное с жестким оттенком, ЧДД – 29 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС – 100 в мин., АД – 100/60 мм. рт. ст.

Диагноз при поступлении – трихинеллёз? лептоспироз? Для его уточнения назначено исследование остатков ранее употребляемой в пищу свинины, где были обнаружены личинки *Trichinella spiralis* (инвазированность – 3-10 трихинелл/гр. мяса).

На основании клинических симптомов (лихорадка, отёк век, одутловатость лица, мышечные боли в нижних конечностях), эпидемиологического анамнеза (употребление в пищу свинины), эозинофилии в периферической крови (от 16 до 41%), положительных результатов трихинеллоскопии остатков свинины был поставлен диагноз – трихинеллёз. Больному были сразу назначены трихопол 0,5*3 раза в день в течение 5 дней, вер-

мокс по 200 мг*3 раза в день 3 дня, затем еще 3 дня по 100 мг*3 раза в день, диклофенак, найз, бутадиион, диазолин в терапевтических дозах, дезинтоксикационная терапия.

Уже к концу первых суток патогенетического лечения было отмечено улучшение состояния больного: нормализовалась температура тела, уменьшились слабость, головная боль, боль в мышцах ног, отёчность век и одутловатость лица. К моменту завершения специфического лечения в анализе крови: лейкоциты- $12,2 \cdot 10^9$ /л, эозинофилия – 28%, СОЭ – 6 мм в час.

Клиническое выздоровление наступило на 24 день болезни, эозинофилия к тому времени снизилась до 18%.

В последующем по месту обслуживания больного было проведено обследование членов семьи заболевшего – у жены и сына, также употреблявших заражённую трихинеллами свинину, имелись симптомы заболевания: отечность век, кожная сыпь. Им было проведено специфическое лечение.

Таким образом, в связи с существованием условий для циркуляции возбудителя трихинеллёза среди животных, а, следовательно, опасности возникновения заболеваний среди людей, требуется повышенное внимание к этой проблеме ветеринарных и медицинских работников.

Описание данного клинического случая призвано нацелить врачей поликлинического профиля, несмотря на достаточную редкость заболевания трихинеллёзом, помнить о возможности возникновения этой инвазии, протекающей под маской гриппа, вирусного конъюнктивита, склерита и пр., особое внимание

уделять сбору эпидемиологического анамнеза.

Важными элементами профилактики распространения трихинеллёза являются гигиеническое воспитание населения через средства массовой информации, широкое распространение сведений об этом гельминтозе и способах предупреждения заражения им людей. В основе предупреждения возникновения случаев трихинеллёза среди людей является обязательная ветеринарная экспертиза мяса. На предотвращение заражения домашних свиней трихинеллёзом направлены меры по предупреждению их контакта с грызунами (регулярная дератизация на свинофермах и запрещение свободного выгула свиней) и контроль качества и безопасности кормов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Константинова Т.Н. Трихинеллезы: Лекция / Т.Н. Константинова, А.Е. Беляев. – МЗ и МП РФ. Рос. мед. акад. последиплом. образования. – М., 2003. – С.27.
2. Бронштейн А.М. Трихинеллез / А.М. Бронштейн, В.И. Лучшев // Рус. мед. журн. – 1997. – Т.5, №16. – С.1042-1045.
3. Вспышка Трихинеллеза среди жителей Липецкой области / Е.П. Сиротина [и др.]. // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. – 1995. – №1. – С.45-47.
4. Бронштейн А.М. Трихинеллез / А.М. Бронштейн, В.И. Лучшев // Клиническая медицина. – 1995. – №2. – С.15-17.
5. Кучерук В.В. Проблема трихинеллеза с позиций общей эпидемиологии, экологии и зоогеографии. Сообщение 1. Источники и пути заражения человека / В.В. Кучерук // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. – 1991. – №3. – С.3-6.
6. Понюшенко Н.Г., Богомолова Е.Е. // Ветеринария. – 1994. – №10. – С.11-12.

THE CASE OF TRICHINOSIS IN THE POLYCLINIC PRACTICE.

G.N. Chugunova, A.I. Shlykov, N.S. Karavaev.

The changes of hemodynamics indices of patients while carrying out the introductory anesthesia by means of the medicine brietal according to the standard methods & by brietal according to the modified methods.