

Анизакидоз желудка: клиническое наблюдение и краткий обзор литературы

М.Ю. Агапов, А.С. Барсуков, Е.Ф. Рыжков, Н.А. Таран

Отделенческая клиническая больница на ст. Владивосток ОАО «РЖД», Россия

Анизакидоз – паразитарное заболевание, связанное с попаданием в желудочно-кишечный тракт человека нематод семейства Anisakidae. Желудочный анизакидоз должен подозреваться у пациентов с гастроинтестинальными симптомами, употреблявших сырую рыбу или морепродукты. Эндоскопия является основным методом диагностики и лечения данной патологии.

ВВЕДЕНИЕ

Анизакидоз – паразитарное заболевание, связанное с попаданием в желудочно-кишечный тракт человека нематод семейства Anisakidae [9]. Заражение происходит при употреблении в пищу рыбы и морепродуктов, содержащих жизнеспособные личинки паразита. Они находятся внутри полупрозрачных капсул – цист, либо без них.

Данное заболевание наиболее распространено в Японии и прибрежных районах Европы и США [5]. Например, испанские авторы расценивают частоту его встречаемости 3,87 случаев на 100 000 в год [7]. Однако распространение моды на традиционные японские блюда из рыбы и морепродуктов (суши, сасими и т.д.) привело к регистрации случаев анизакидоза по всему миру [6]. Характерно это паразитарное заболевание и для Дальнего Востока России [1, 2].

Основными мерами профилактики заболевания является правильная обработка рыбы и морепродуктов – приготовление при температуре не менее 70 °C или заморозка на 72 часа при минус 20 °C [3].

Существуют неинвазивная и инвазивные формы заболевания. При последней личинки внедряются в слизистую оболочку и подслизистый слой стенки желудочно-кишечного тракта, как правило, желудка и тонкой кишки [1]. Основными симптомами анизакидоза желудка являются абдоминальный болевой синдром, тошнота, рвота, диарея и анафилактические реакции [8]. По данным одного из исследований, тошнота наблюдалась у 67%, аллергические реакции – у 59%, рвота – 51% и боль в эпигастрии, у 50% пациентов [4]. При эндоскопическом исследовании личинку паразита удается выявить, по крайней мере, у 50% пациентов [7]. Для места внедрения паразита в стенку желудка характерен отек, эозинофильная инфильтрация и, иногда, формирование гранулемы [3].

Для периферической крови характерен лейкоцитоз и эозинофилия [3]. Анизакидоз достаточно сложен для клинической диагностики и зачастую у пациентов с данным заболеванием подозревают аппендицит, холецистит, язву желудка, рак желудка и поджелудочной железы [1, 7]. Извлечение личинки биопсийными щипцами ведет к быстрому клиническому улучшению [3, 8, 9] и является основным методом лечения.

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

В описываемых нами трех случаях пациенты – двое мужчин и женщина возрасте от 26 до 56 лет обратились с жалобами на боль в эпигастриальной области (у 2-х с иррадиацией в спину), тошноту и в одном случае рвоту. Направительными диагнозами были подозрение на язву желудка (2 случая) и острый панкреатит. У всех в анамнезе выявлено употребление малосоленой красной рыбы за 10–24 часа до появления симптомов. При физикальном обследовании отмечалась только различной выраженности болезненность в эпигастриальной области без перитониальных симптомов. Субфебрильная температура 37,3 °C отмечена у одного пациента, умеренный лейкоцитоз был в 2 наблюдениях.

Эзофагогастродуоденоскопия во всех 3 случаях выявила наличие личинок анизакид в теле желудка. В одном из них паразитарная инвазия сопровождалась выраженными явлениями острой гастропатии (отек и гиперемия слизистой оболочки желудка) (рис. 1). Во втором случае наблюдался очаговый отек и гиперемия только в области инвазии личинок паразита (рис. 2). У одного пациента воспалительные изменения практически отсутствовали, несмотря на инвазию личинок в слизистую. Данный пациент имел и наименее выраженную клиническую симптоматику (рис. 3).

Во всех случаях проведено удаление личинок (2 шт, 2 шт и 4 шт) с помощью биопсийных щипцов, что привело к разрешению симптомов в течение 2–4 часов. В месте внедрения паразита наблюдался точечный дефект слизистой оболочки.

Вывод. Желудочный анизакидоз является редким паразитарным заболеванием, которое должно подозреваться у пациентов, употреблявших сырую или малообработанную рыбу или морепродукты. Эндоскопическое выявление и удаление личинок паразитов является основным методом диагностики и лечения данной патологии.

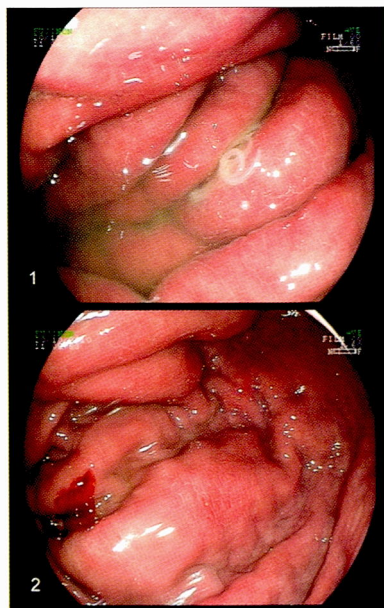


Рис. 1. Анизакидоз желудка. а – личинки анизакид; б – острая гастропатия тела желудка (личинки удалены)



Рис. 2. Анизакидоз желудка: инвазия анизакид в стенку желудка

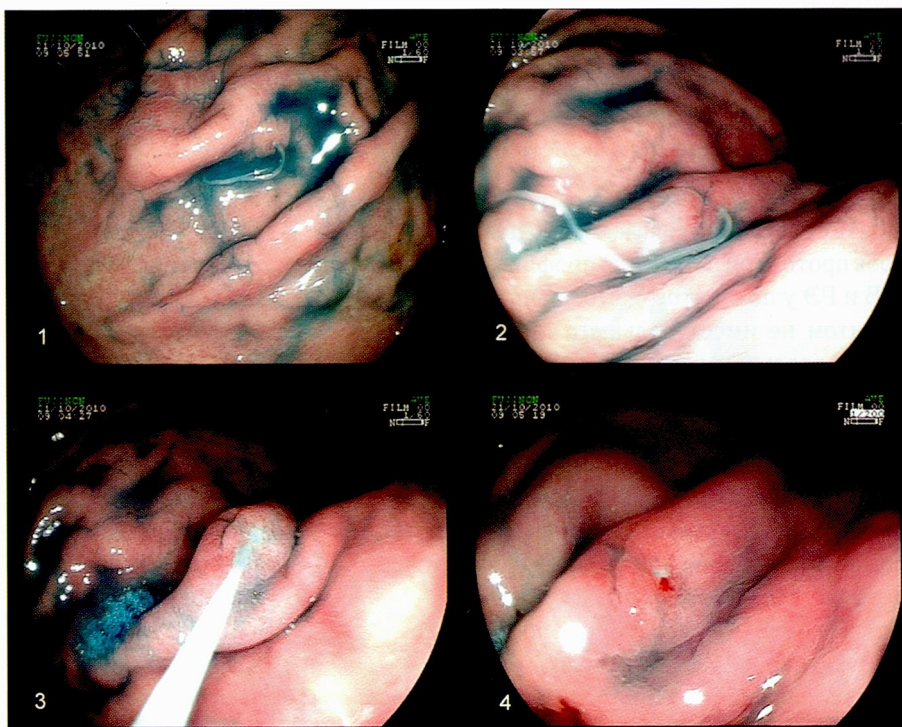


Рис. 3. Анизакидоз желудка (хромоскопия метиленовым синим). а, б – личинки анизакид с инвазией в стенку желудка; в – извлечение личинки паразита биопсийными щипцами; г – точечный дефект слизистой оболочки в месте инвазии

ЛИТЕРАТУРА

Алексеев С.А. Анизакидоз: проблемы диагностики и лечения // Фарматека. – 2009. – № 13. – С. 26–28.

Добряков Е.Ю., Ермоленко А.В. Анизакидоз у людей в Приморском крае // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. – 2008. – № 4. – С. 11–14.

Bouree P, Paugam A, Petithory JC. Anisakidosis: report of 25 cases and review of the literature. // Comp Immunol Microbiol Infect Dis. – 1995. Vol. – 18(2). – P.75–84.

Gonz'lez Quijada S, Gonz'lez Escudero R, Arias Garc'a L, et al. Anisakiasis gastrointestinal manifestations: description of 42 cases // Rev Clin Esp. – 2005. – Vol. – 205(7). – P.311–315.

Hochberg N.S., Hamer D.H. Anisakidosis: Perils of the deep. // Clin Infect Dis. – 2010. – Vol. – 51(7). – P.806–812.

Nawa Y, Hatz C, Blum J. Sushi delights and parasites: the risk of fishborne and foodborne parasitic zoonoses in Asia. // Clin Infect Dis. – 2005. – Vol. – 41(9). – P.1297–1303.

Repiso Ortega A, Alc'ntara Torres M, Gonz'lez de Frutos C, et al. Gastrointestinal anisakiasis. Study of a series of 25 patients // Gastroenterol Hepatol. – 2003. – Vol. – 26(6). – P. 341–346.

Ugenti I, De Ceglie A, Ferrarese F, et al. Gastric anisakidosis: personal experience // Chir Ital. – 2004. – Vol. – 56(2). – P.301–305.

Ugenti I, Lattarulo S, Ferrarese F, et al. Acute gastric anisakiasis: an Italian experience. // Minerva Chir. – 2007. – Vol. – 62(1). – P. 51–60.

КОНТАКТЫ

Михаил Юрьевич Агапов – Отделенческая клиническая больница на ст. Владивосток ОАО «РЖД»
г. Владивосток, ул. Верхне-портовая, 25.
Тел. 8(4232) 248-263,
e-mail: misha_agapov@mail.ru