

УДК 616.995.1
ББК Р517.56

Г.Ю. СТРУЧКО, Н.Ю. ТИМОФЕЕВА, О.Ю. КОСТРОВА,
И.С. СТОМЕНСКАЯ, И.В. МАТВЕЕВА

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЙКЕМОИДНОЙ РЕАКЦИИ ПО ЭОЗИНОФИЛЬНОМУ ТИПУ НА ФОНЕ ЛЯМБЛИОЗА КИШЕЧНИКА

Ключевые слова: лямблиоз, лейкоцитоз, эозинофилия, кровь, цисты лямблий, исследование кала.

В настоящее время лямблиозом кишечника болеют не только дети, но довольно часто он стал встречаться у взрослых. Основными симптомами лямблиоза являются боли в правом подреберье, диспептические явления, бронхоспазм, ринит, а также аллергические дерматиты. В последнее время всё чаще лямблиоз носит характер скрытой инфекции, никак не проявляясь клинически. В данной статье приведен случай лейкемоидной реакции по эозинофильному типу на фоне лямблиоза кишечника. Несмотря на то, что пожилая пациентка поступила в неврологическое отделение с жалобами на постоянные головные боли, тяжесть в голове, перепады артериального давления, утомляемость, снижение памяти, бессонницу и общую слабость, ей был выставлен диагноз лямблиоз. При этом единственным симптомом данной патологии явился лейкоцитоз с эозинофилией в общем анализе крови.

G. STRUCHKO, N. TIMOFEEVA, O. KOSTROVA, I. STOMENSKAYA, I. MATVEEVA

A CLINICAL CASE OF EOSINOPHILIC LEUKEMOID REACTION AGAINST THE BACKGROUND OF INTESTINAL GIARDIASIS

Key words: giardiasis, leukocytosis, eosinophilia, blood, giardia cysts, fecal examination

Currently, intestinal giardiasis affects not only children, but quite often it is met in adults. The main symptoms of giardiasis are pain in the right hypochondrium, dyspeptic phenomena, bronchospasm, rhinitis, as well as allergic dermatites. In recent years, giardiasis has increasingly been a hidden infection, it does not manifest clinically. This article presents a case of leukemoid reaction of eosinophilic type against the background of intestinal giardiasis. Despite the fact that the elderly patient was admitted to the neurological department with complaints of persistent headaches, heaviness in the head, blood pressure drops, fatigue, memory loss, insomnia and general weakness, she was diagnosed with giardiasis. At this, the only symptom of this pathology was leukocytosis with eosinophilia in her general blood analysis.

Лямблиоз (жирдиаз) – паразитарная инвазия, вызываемая одноклеточным паразитом *Lamblia intestinalis* [6, 7]. Клинические симптомы лямблиоза неспецифичны. К ним относятся периодические боли в правом подреберье, диспептические явления (снижение аппетита, тошнота, воздушные отрывки, расстройства стула), бронхоспазм, ринит, аллергические дерматиты [5, 6]. В случае массивной лямблиозной инвазии может развиться энтеральный синдром, выражающийся дискомфортом, болями тупого или режущего характера в мезоэпигастральной области, водянистой диареей, синдромом нарушенного всасывания [6]. Диагноз выставляется при обнаружении вегетативных форм лямблий в дуоденальном содержимом или их цист в кале [6].

В настоящее время лямблиоз стал довольно часто встречаться среди населения, никак не проявляясь клинически, нося характер скрытой инфекции. Нередки случаи выявления лямблиоза на фоне единственной эозинофилии.

Эозинофилия – состояние, при котором повышено абсолютное количество эозинофилов в крови более $0,4-0,6 \times 10^9/\text{л}$ [3, 8]. Выделяют три степени эозинофилии: легкая – увеличение до $0,4-1,5 \times 10^9/\text{л}$ (до 10%), умеренная – $1,5-5 \times 10^9/\text{л}$ (10-20%), тяжелая – более $5 \times 10^9/\text{л}$ (более 20%) [8]. Состояния, при которых обнаружено количество эозинофилов больше 15–20%, предло-

жено называть «большими эозинофилиями крови» [2], или лейкомоидными реакциями эозинофильного типа.

Основными причинами лейкомоидных реакций эозинофильного типа являются гельминтозы с тканевой локализацией паразитов и их личинок (трихинеллез, фасциолез, описторхоз, стронгилоидоз и миграция личинок аскарид), эозинофильные инфильтраты различных органов, дерматозы, бронхиальная астма, коллагенозы, тяжело протекающие формы лимфогранулематоза, поедание большого количества клубники и земляники, применение различных лекарств, особенно антибиотиков и сульфаниламидов, гепарина [1, 3, 4]. Значительно реже «большие эозинофилии крови» определяются при злокачественных новообразованиях, гнойной инфекции, эндокринопатиях и как проявление семейно-аллергического диатеза у практически здоровых людей [4].

Особого внимания заслуживает своеобразная форма лихорадочного, доброкачественного заболевания с основным симптомом – гиперэозинофилией крови. По аналогии с инфекционным мононуклеозом эту форму обозначают как «инфекционный эозинофилез».

Наконец, довольно часто встречается лейкомоидная эозинофилия с доброкачественной бессимптомной клиникой, причина которой пока не установлена.

Наличие в общем анализе крови 60-90% эозинофилов при лейкоцитозе более $40-50 \times 10^9/\text{л}$ не являются большой редкостью. Однако в противоположность нейтрофильным лейкомоидным реакциям сдвиг в ядерной формуле эозинофилов при высоких эозинофилиях крови наблюдается нечасто.

Эозинофилия в общем анализе крови больных лямблиозом встречается примерно в 70% случаев, при этом в легкой степени в 46% случаев, в средней – в 39%, в тяжелой – в 15% [5, 6]. Чаще всего после курса противопаразитарной терапии более чем у половины пациентов наблюдается нормализация количества эозинофилов в крови [5, 6].

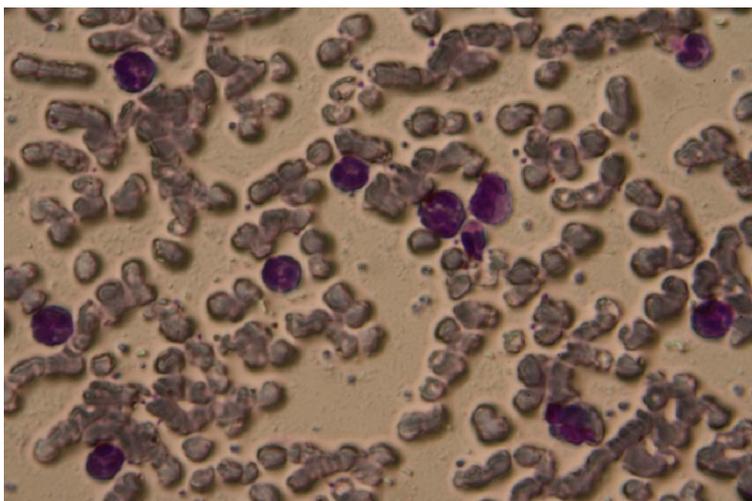
Приводим клинический случай.

В неврологическое отделение поступила женщина 86 лет с жалобами на постоянные диффузные головные боли, тяжесть в голове, перепады артериального давления, утомляемость, снижение памяти, бессонницу, общую слабость. Из анамнеза известно, что в течение многих лет у больной наблюдается повышение артериального давления, головные боли беспокоят около 5 лет.

Общее состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Лимфатические узлы не увеличены. Мышечная система развита удовлетворительно. Форма грудной клетки нормостеническая. ЧДД 16 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 70 ударов в минуту. АД 140/80 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул – склонность к запорам. Диурез достаточный.

Были проведены лабораторные и инструментальные методы исследования. В общем анализе крови выявлен лейкоцитоз до $19 \times 10^9/\text{л}$ с эозинофилией 50% (рисунок), гипохромная анемия легкой степени тяжести.

В динамике в ОАК лейкоцитоз составил $13,3 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилия 63%. В анализе кала обнаружены цисты лямблий. Остальные анализы в пределах нормы. По УЗИ ОБП: признаки диффузных изменений поджелудочной железы, опущение, перегибы желчного пузыря.



Кровь. Гиперэозинофилия. Микроскоп Микромед 3 Люм. Ув.×400

Как видно из этого примера, эозинофилия явилась единственным симптомом лямблиоза и натолкнула лечащего врача на диагностический поиск ее причины. Пациентка была проконсультирована инфекционистом, было назначено соответствующее лечение.

Литература

1. Восканян А.Г. Лейкемоидные реакции и лейкемии в клинике больных астмой. Особенности течения бронхиальной астмы. Лечение и прогноз // *Кровь*. 2007. № 2(6).
2. Горячкина Л.А., Терехова Е.П. Идиопатический гиперэозинофильный синдром // *Эффективная фармакология*. 2012. № 1. С. 56–62.
3. Клинические рекомендации по диагностике и лечению миелопролиферативных заболеваний с эозинофилией и идиопатического гиперэозинофильного синдрома. 2014 / Национальное гематологическое общество. URL: <http://blood.ru/documents/clinical%20guidelines/29.%20klinicheskie-rekomendacii-2014-xmpz-s-eozinofiliej.pdf>.
4. Колобовникова Ю.В., Уразова О.И., Новицкий В.В., Литвинова Л.С., Наследникова И.О., Воронкова О.В., Михеева К.О. Эозинофил и его роль в патологии // *Иммунопатология, аллергология, инфектология*. 2011. № 2. С. 6–13.
5. Михайлова И.В., Тимофеева Н.Ю., Матвеева И.В., Кострова О.Ю., Бубнова Н.В. Заболевания аллергического генеза на фоне лямблиоза у взрослых // Санкт-Петербург – Гастро-2016: материалы 18-го Междуна. Мед. славяно-балтийского научного форума // *Гастроэнтерология Санкт-Петербурга*. 2016. № 1-2. С. M22-M22a.
6. Михайлова И.В., Тимофеева Н.Ю., Стручко Г.Ю., Кострова О.Ю., Стоменская И.С., Бубнова Н.В., Комелягина Н.А. Аллергические заболевания, ассоциированные с лямблиозом // Спешите делать добро: материалы межрегион. науч.-практ. конф., посвященной памяти зав. кафедрой госпитальной терапии № 1 д-ра мед. наук, проф. В.Н. Сапёрова. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2016. С. 153–156.
7. Рамикаеатрариву У.Ж. Лямблиоз: взгляд из России и Мадагаскара // *Бюллетень медицинских интернет-конференций*. 2013. Т. 3, № 2. С. 335.
8. Шаленкова М.А., Михайлова З.Д. Эозинофилия как осложнение длительного приема кордарона // *Медицинский альманах*. 2010. № 1(10). С. 215–218.

References

1. Voskanyan A.G. *Leykemoidnyye reaksii i leykemii v klinike bol'nykh astmoy. Osobennosti techeniya bronkhial'noy astmy. Lecheniye i prognoz* [Leukemoid reactions and leukemia in the clinic of asthma patients. Features of bronchial asthma course. Treatment and prognosis]. *Krov'* [Blood], 2007, no. 2(6).

2. Goryachkina L.A., Terekhova Ye.P. *Idiopatcheskiy gipereozinofil'nyy sindrom* [Idiopathic hypereosinophilic syndrome]. *Effektivnaya farmakologiya*, 2012, no. 1, pp. 56–62.

3. *Klinicheskiye rekomendatsii po diagnostike i lecheniyu miyeloproliferativnykh zabolevaniy s eozinofiliiyey i idiopatcheskogo gipereozinofil'nogo sindroma. 2014* [Clinical guidelines for the diagnosis and treatment of myeloproliferative diseases with eosinophilia and idiopathic hypereosinophilic syndrome. 2014]. Available at: <http://blood.ru/documents/clinical%20guidelines/29.%20kliniches-kie-rekomendacii-2014-xmpz-s-eozinofiliej.pdf>.

4. Kolobovnikova Yu.V., Urazova O.I., Novitskiy V.V., Litvinova L.S., Naslednikova I.O., Voronkova O.V., Mikheyeva K.O. *Eozinofil i yego rol' v patologii* [Eosinophil and its role in pathology]. *Immunopatologiya, allergologiya, infektologiya* [Immunopathology, Allergology, Infectology], 2011, no. 2, pp. 6–13.

5. Mikhaylova I.V., Timofeyeva N.YU., Matveyeva I.V., Kostrova O.YU., Bubnova N.V. *Zabolevaniya allergicheskogo geneza na fone lyambliozu u vzroslykh* [Allergic diseases in the background of giardiasis in adults]. In: *Sankt-Peterburg – Gastro-2016: materialy 18-go Mezhduna. Med. slavyano-baltiiskogo nauchnogo foruma* [Proc. of 18th Slavic-Baltic scientific forum]. *Gastroenterologiya Sankt-Peterburga*, 2016, №1-2, pp M22-M22a.

6. Mikhaylova I.V., Timofeyeva N.Yu., Struchko G.Yu., Kostrova O.Yu., Stomenskaya I.S., Bubnova N.V., Komelyagina N.A. *Allergicheskiye zabolevaniya, assotsirovannyye s lyambliozom* [Allergic diseases associated with giardiasis]. *Speshite delat' dobro: materialy mezhtregion. nauch.-prakt. konf., posvyashchennoy pamyati zaveduyushchego kafedroy gosital'noy terapii № 1 d-ra med. nauk, professora V.N. Saporova* [Proc. of the Interregional Sci. and Pract. Conf. dedicated to the memory of the head of Hospital therapy department № 1, Professor V. N. Superov]. *Cheboksary*, 2016, pp. 153–156.

7. Ramiakhtariv U.Zh. *Lyamblioz: vzglyad iz Rossii i Madagaskara* [Giardiasis: a view from Russia and Madagascar]. *Byulleten' meditsinskikh internet-konferentsiy* [Bulletin of medical Internet conferences], 2013, vol. 3, no. 2, p. 335.

8. Shalenkova M.A., Mikhaylova Z.D. *Eozinofiliya kak oslozhneniye dlitel'nogo priyema kordarona* [Eosinophilia as a complication of long-term use of cordarone]. *Meditsinskiy al'manakh* [Medical almanac], 2010, no. 1(10), pp. 215–218.

СТРУЧКО ГЛЕБ ЮРЬЕВИЧ – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой инструментальной диагностики с курсом фтизиатрии, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары (glebstr@mail.ru).

STRUCHKO GLEB – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Department of the Instrumental Diagnostics Department with a Course of Phthisiology, Chuvash State University, Russia, Cheboksary.

ТИМОФЕЕВА НАТАЛЬЯ ЮРЬЕВНА – ассистент кафедры инструментальной диагностики с курсом фтизиатрии, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары (bla11blabla@yandex.ru).

TI MOFEEVA NATALIA – Assistant Lecturer, Department of Instrumental Diagnostics Department with a Course of Phthisiology, Chuvash State University, Russia, Cheboksary.

КОСТРОВА ОЛЬГА ЮРЬЕВНА – кандидат медицинских наук, доцент кафедры инструментальной диагностики с курсом фтизиатрии, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары (evkbiz@yandex.ru).

KOSTROVA OLGA – Candidate of Medical Sciences, Assistant Professor, Department of the Instrumental Diagnostics Department with a Course of Phthisiology, Chuvash State University, Russia, Cheboksary.

СТОМЕНСКАЯ ИРИНА СТАНИСЛАВОВНА – кандидат медицинских наук, доцент кафедры инструментальной диагностики с курсом фтизиатрии, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары (irina.stomenskaja@gmail.com).

STOMENSKAYA IRINA – Candidate of Medical Sciences, Assistant Professor, Department of the Instrumental Diagnostics Department with a Course of Phthisiology, Chuvash State University, Cheboksary, Russia.

МАТВЕЕВА ИРИНА ВЛАДИМИРОВНА – врач ультразвуковой диагностики, Городской клинический центр, Россия, Чебоксары.

MATVEEVA IRINA – Doctor of Ultrasound Diagnostics, City Clinical Center, Russia, Cheboksary.