

РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТОМИНКСОЗА

КАЛИНКИН АЛЕКСАНДР ЛЬВОВИЧ, зав. терапевтическим отделением БУ «Шумерлинский межтерриториальный медицинский центр» Минздрава Чувашии, Россия, 429127, Шумерля, ул. Свердлова, 2, e-mail: aleks_kalinkin@mail.ru
МАКАРОВА НАДЕЖДА ИВАНОВНА, зав. клиничко-диагностической лабораторией БУ «Шумерлинский межтерриториальный медицинский центр» Минздрава Чувашии, Россия, 429127, Шумерля, ул. Свердлова, 2
ЧУМЕЙКИН СТАНИСЛАВ АЛЕКСАНДРОВИЧ, студент медицинского факультета ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова» Минздрава России, Россия, 428015, Чебоксары, просп. Московский, 15

Реферат. Томинксоz – это нематодоз-зооноз, протекающий с тяжелыми расстройствами дыхательных путей, относится к редким заболеваниям человека. В настоящее время доступны единичные публикации, в которых описаны клинические случаи данного заболевания. **Цель исследования** – на примере клинического случая выявления томинксоz у пациента с хронической обструктивной болезнью легких показать проблему диагностики томинксоz легких у пациента с сопутствующими легочными заболеваниями. **Материал и методы.** Проведено комплексное обследование, выявлены особенности клинического течения и оказания медицинской помощи мужчине (1954 года рождения) с томинксозом. **Результаты и их обсуждение.** В клиническом примере показана диагностика и подходы к лечению пациента с хронической обструктивной болезнью легких и эмфиземой легких, осложненных томинксозом. Имея результаты предыдущих результатов анализов пациента, можно сделать вывод об отсутствии изменений в биохимии крови и мочи и видимых изменений на рентгенографии легких, спирографии и прочих анализах, несмотря на присоединение к хроническим легочным заболеваниям новой инфекции. Диагноз «томинксоz» был поставлен при обнаружении в мокроте яиц *Thominx aerophilus*. **Выводы.** Томинксоz относится к числу редко диагностируемых гельминтозов. Данный редкий клинический случай томинксоz показывает, что диагностика томинксоz весьма затруднительна при наличии хронической обструктивной болезни легких в анамнезе. И несмотря на редкость заболевания томинксозом человека, не следует исключать гельминтозы легких у пациентов, особенно с сопутствующим пульмонологическим профилем.

Ключевые слова: лечение томинксоz, томинксоz, томинксы.

Для ссылки: Калинин, А.Л. Редкий клинический случай томинксоz / А.Л. Калинин, Н.И. Макарова, С.А. Чумейкин // Вестник современной клинической медицины. – 2018. – Т. 11, вып. 3. – С.89–91. DOI: 10.20969/VSKM.2018.11(3).89-91.

A RARE CLINICAL CASE OF TOMINXOSIS

KALINKIN ALEKSANDER L., Head of the Department of internal medicine of Shumerlinsky Interregional Medical Center, Russia, 429127, Shumerlya, Sverdlov str., 2, e-mail: aleks_kalinkin@mail.ru

MAKAROVA NADEZHDA I., Head of clinical diagnostic laboratory of Shumerlinsky Interregional Medical Center, Russia, 429127, Shumerlya, Sverdlov str., 2

CHUMEYKIN STANISLAV A., student of medical faculty of I.N. Ulyanov Chuvash State University, Russia, 428015, Cheboksary, Moskovsky ave., 15

Abstract. Tominxosis is a nematodosis-zoonosis, which manifests with severe respiratory disorders. It refers to rare human diseases. At present single publications that describe the clinical cases of the disease are available. **Aim.** The problem of tominxosis diagnosis in patient with concomitant pulmonary diseases was demonstrated on the example of a clinical case of tominxosis in patient with chronic obstructive pulmonary disease. **Material and methods.** Complex examination was carried out. The features of clinical course and provision of medical care to a man, born in 1954, with tominxosis were revealed. **Results and discussion.** Diagnosis and treatment of chronic obstructive pulmonary disease and emphysema complicated by tominxosis is shown on the clinical example. Having the previous test results of the patient, it can be concluded that there is no change in blood and urine biochemistry, no visible changes in lung radiography, spirography or other tests, despite the addition of a new infection to the chronic pulmonary diseases. The diagnosis of tominxosis was made by detecting *Thominx aerophilus* eggs in the sputum. **Conclusion.** Tominxosis is one of the rarely diagnosed helminthiases. This rare clinical case of tominxosis demonstrates that the diagnosis of tominxosis is very difficult in medical history of chronic obstructive pulmonary disease. Despite the rarity of human tominxosis we should not exclude helminthiases of the lungs in patients, especially with associated pulmonological profile.

Key words: treatment of tominxosis, tominxosis, tominxes.

For reference: Kalinkin AL, Makarova NI, Chumeikin SA. A rare clinical case of tominxosis. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2018; 11 (3): 89–91. DOI: 10.20969/VSKM.2018.11(3).89-91.

Томинксоz относится к редким заболеваниям человека. В настоящее время доступны единичные публикации, в которых описаны клинические случаи данного заболевания, например, случаи, опи-

санные Л.В. Скипиной в 1974 г. [1] и Н.И. Зрячкиным в 2006 г. [2]. За рубежом случаи томинксоz описаны в основном у животных. Это нематодоз-зооноз, протекающий с тяжелыми расстройствами дыхательных

путей. Возбудитель – *Thominox aerophilus*, нитевидная нематода, размером 18–20 мм. Бочонковидные яйца асимметричны (0,062–0,072 × 0,035 мм), с двумя пробочковидными образованиями на полюсах; оболочка яиц толстая и мелкочаеистая. Промежуточными хозяевами томинксов являются дождевые черви. Заражение человека возможно при загрязнении рук содержимым раздавленных инвазированных дождевых червей, например во время ловли рыбы или земляных работ. В теле человека личинки томинксов мигрируют с кровью или лимфой из кишечника в бронхи и трахею. Клиническая картина характеризуется симптомами бронхита, трахеита, бронхопневмонии с обструктивным синдромом. Также могут наблюдаться одышка, цианоз губ и конечностей, резкая слабость, потеря веса. Диагноз заболевания устанавливается при обнаружении яиц томинксов в мокроте или кале. Общий анализ крови характеризуется эозинофилией 25–30% и более, а также ускоренной СОЭ [3].

Клинический случай. Больной Ф., 1954 г.р., наблюдается с 2001 г., состоит на диспансерном учете у терапевта по 3-й группе инвалидности. Имеет в анамнезе хроническую обструктивную болезнь легких (ХОБЛ) с 2006 г. Курил 40 пачек-лет, перестал курить в 2009 г. Консультирован пульмонологом РКБ № 1 (г. Чебоксары), выставлен диагноз: «ХОБЛ, смешанный тип тяжелой степени. Буллезная эмфизема легких. Бронхоэктазы левого легкого. Хроническое легочное сердце. Дыхательная недостаточность 2-й степени». Кожные и венерические заболевания отрицает. Гемотрансфузии не проводились. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает. Пенсионер, инвалид 3-й группы. Живет в частном секторе с женой.

Получаемая базовая терапия: будесонид/формотерол 320/9 мкг по 1 дозе 2 раза в день – порошковый ингалятор, ипратропия бромид/фенотерол 20 мкг+50 мкг по 1 дозе 3 раза в день – аэрозольный ингалятор, тиатропиум бромид 18 мкг 1 раз в день – порошок для ингаляций. Обострения ХОБЛ возникали с частотой 1–2 раза в год и требовали стационарного лечения.

Больной был госпитализирован в терапевтическое отделение Межтерриториального медицинского центра (ММЦ) в плановом порядке. Жалобы на кашель с обильной пенистой мокротой светлого цвета, с обильным отхождением в утренние часы до 100 мл, усиление одышки при ходьбе и малейшей физической нагрузке, увеличение суточной потребности в бронхолитиках.

При поступлении общее состояние средней степени тяжести, положение активное, сознание ясное, выражение лица спокойное. Данные объективного осмотра: телосложение нормостеническое, питание удовлетворительное, акроцианоз, отеков нет, периферические лимфоузлы не увеличены, мышечная система без видимой патологии. В акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура верхнего плечевого пояса. Органы дыхания: форма грудной клетки эмфизематозная, перкуторно звук над легкими с корочечным отеком, при аускультации

дыхание везикулярное, ослабленное, сухие свистящие хрипы по всем полям, частота дыхания 22 в мин. Органы кровообращения: область сосудов шеи не изменена, верхушечный толчок в пятом межреберье слева. Тоны ритмичные приглушенные, акцент 2-го тона на аорте, частота сердечных сокращений 92 уд/мин, артериальное давление 160/90 мм рт.ст. Органы пищеварения: живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Мочеполовая система: синдром поколачивания отрицательный. Нервная система: зрачки D=S=0,2 см. Ригидности затылочных мышц нет.

Данные медицинской амбулаторной карты:

1. Анализ мочи общий: белок – отрицательно; глюкоза – отрицательно, pH – 5; удельный вес – 1020; лейкоциты – отрицательно; эритроциты – 0–1 в поле зрения.

2. Биохимический анализ крови: билирубин общий – 13,6 мкмоль/л; билирубин прямой – 1,1 мкмоль/л; билирубин непрямой – 12,5 мкмоль/л; холестерин – 6,01 ммоль/л; креатинин – 70,9 мкмоль/л; общий белок – 67,2 г/л; фибриноген – 4 г/л; мочевины – 7,26 ммоль/л; глюкоза – 4,1 ммоль/л; протромбиновый индекс (ПТИ) – 94%; АЛТ – 17 Ед/л; АСТ – 18 Ед/л; альфа-амилаза – 73 Ед/л; щелочная фосфатаза – 221 Ед/л; триглицериды – 1,2 ммоль/л.

3. Общий анализ крови: гемоглобин – 164 г/л; лейкоциты – $12,7 \times 10^9$ /л; эритроциты – $5,89 \times 10^{12}$ /л; тромбоциты – 391×10^9 /л; гранулоциты – 78,2%; лимфоциты – 16,7%; моноциты – 5,1%; СОЭ – 13 мм/ч.

4. Компьютерная томография (КТ) легких: буллезная эмфизема легких. Мешотчатые бронхоэктазы в язычковых сегментах и нижней доле левого легкого. Ограниченные пневмосклеротические изменения обоих легких. СО_R в пределах возрастной нормы.

5. Электрокардиограмма (ЭКГ): ритм синусовый. Нормограмма. Перегрузка правого легкого.

6. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (21.03.2016): диффузные изменения поджелудочной железы. Единичная киста правой почки (небольшая), двусторонний пиелонефрит.

7. Спирография: форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ) – 58%, объем форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ₁) – 50%. Проба с бронхолитиком (сальбутамол 400 мг) отрицательная, прирост ОФВ₁ –3%.

После первичного осмотра терапевта установлен следующий диагноз: хроническая обструктивная болезнь легких, эмфизематозный тип, тяжелое течение, степень тяжести 3, обострение средней степени тяжести (группа В). Дыхательная недостаточность 3-й степени. Сопутствующее заболевание: буллезная эмфизема легких, бронхоэктазы левого легкого.

Проведенные исследования:

1. Анализ мочи общий (28.04.2017): белок – отриц.; глюкоза – отриц.; pH – 6; удельный вес – 1025; лейкоциты – отриц.; эритроциты – отриц.

2. Биохимический анализ крови (28.04.2017): билирубин общий – 13,6 мкмоль/л; билирубин прямой – 1,3 мкмоль/л; билирубин непрямой – 12,3 мкмоль/л; холестерин – 5,4 ммоль/л; креатинин – 84 мкмоль/л; общий белок – 67,2 г/л; фибриноген – 2,6 г/л; мочевины – 5,9 ммоль/л; глюкоза – 5,41 ммоль/л;

ПТИ – 107,5%; АЛТ – 17 Ед/л; АСТ – 12 Ед/л; щелочная фосфатаза – 95 Ед/л; мочевиная кислота – 373 мкмоль/л; триглицериды – 0,68 ммоль/л.

3. Общий анализ крови (28.04.2017): гемоглобин – 158 г/л; лейкоциты – $10,8 \times 10^9$ /л; эритроциты – $5,31 \times 10^{12}$ /л; тромбоциты – 303×10^9 /л; гранулоциты – 71,6%; лимфоциты – 21,7%; моноциты – 6,7%; СОЭ – 3 мм/ч.

4. ЭКГ (03.05.2017): ритм синусовый. Вертикальное положение электрической оси сердца.

Рентгенография легких (03.05.2017): легкие без инфильтративных изменений. Легочные поля повышенной прозрачности, корни уплотнены. Межреберные промежутки расширены. Границы сердца в пределах нормы.

5. При исследовании мокроты (03.05.2017) обнаружены яйца *Thominx aerophilus*.

6. Спирография (04.05.2017): ФЖЕЛ – 2,16 литра, 55,4%; ОФВ₁ – 1,49 литра, 47,3%; ОФВ₁/ФЖЕЛ – 0,69. Проба с бронхолитиком (сальбутамол 400 мг) отрицательная, прирост ОФВ₁ 2%. Наблюдалось резкое снижение вентиляционной способности легких вследствие вентиляционных нарушений obstructивно-рестриктивного типа. Вероятно снижение эластичных свойств легких.

Лечение: эуфиллин, дексаметазон, амброксол, цефтриаксон, будесонид/формотерол, лозартан, ипратропия бромид/фенотерол. Назначена терапия мебендазола утром и вечером по 100 мг в течение 6 дней.

После проведенной терапии был сделан повторный анализ мокроты, яйца *Thominx aerophilus* не были обнаружены. У пациента наступило улучшение самочувствия. Были рекомендованы реабилитационные мероприятия (массаж, лечебная физкультура, физиотерапевтическое лечение). С пациентом проведена санитарно-просветительная работа: сведения о гельминтозах, путях их распространения, необходимости соблюдения правил личной гигиены (мытьё рук после контакта с животными, почвой, червями, тщательное мытьё овощей, которые могут содержать частички почвы).

Выводы. Томинксоз относится к числу редко диагностируемых гельминтозов. Данный клинический случай показывает, что диагностика томинксоза весьма затруднительна при наличии ХОБЛ в анамнезе, так как, даже имея результаты предыдущих исследований пациента, значимых изменений в анализах крови и мочи, результатах рентгенографии легких, спирографии не зафиксировано. Диагноз был поставлен при обнаружении в мокроте яиц *Thominx aerophilus*. Несмотря на редкость заболевания томинксозом человека, не следует исключать гельминтозы легких у пациентов, особенно с сопутствующим пульмонологическим профилем.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях. Все авторы принимали участие в разработке концепции, дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

ЛИТЕРАТУРА

1. Скипина, Л.В. Случай томинксоза человека / Л.В. Скипина // Медицинская паразитология. – 1976. – Т. 45, № 5. – С.607.
2. Зрячкин, Н.И. Случай редкого гельминтоза – томинксоза / Н.И. Зрячкин // Инфекционные болезни. – 2006. – Т. 4, № 1. – С.93–96.
3. Клиническая паразитология / А.Я. Лысенко [и др.]; под ред. А.Я. Лысенко. – Женева: ВОЗ, 2002. – 752 с.

REFERENCES

1. Skipina LV. Sluchaj tominksoza cheloveka [The case of human tominxosis]. Medicinskaya parazitologiya [Medical parasitology]. 1976; 45 (5): 607.
2. Zryachkin NI. Sluchaj redkogo gel' mintoza – tominksosa [A case of rare helminthiosis – tominxosis]. Infekcionny`e bolezni [Infectious diseases]. 2006; 4 (1): 93-96.
3. Lysenko AYa ed. Klinicheskaya parazitologiya [Clinical parasitology]. Geneva: WHO, 2002; 752.