

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
Высшего образования
"Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-
Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КрасГМУ им проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России)

Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО

Зав. Кафедрой: д.м.и профессор Тихонова Е.П.
Руководитель ординатуры: к.м.и. доцент Кузьмина Т.Ю.

Реферат на тему: Описторхоз

Mr. [Handwritten signature]

Выполнила: ординатор 1 года
Лютостанская Т.В

2020год.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Институт последипломного образования

Рецензия доцента КМН кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО Кузьминой Татьяны Юрьевны на реферат ординатора 1-го года обучения специальности «Инфекционные болезни»

Лютостанской Т.В по теме «Описторхоз»

Оценочный критерий	Положительный/отрицательный
1. Структурированность	+
2. Наличие орфографических ошибок	+
3. Соответствие текста реферата по теме	+
4. Владение терминологией	+
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6. Логичность доказательной базы	+
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8. Круг использования известных научных источников	+
9. Умение сделать общий вывод	+
10. Актуальность	+

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарий рецензента: _____

Дата:

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:

Содержание:

1. Эпидемиология
2. Этиология
3. Патогенез
4. Клиника
5. Диагностика
6. Лечение
7. Профилактика
8. Список литературы

«Описторхоз» (B66.0 по МКБ-10; Opisthorchosis) – зоонозный биогельминтоз, вызываемый трематодами *Opisthorchis felinus* (двуустка кошачья, двуустка сибирская) и *Opisthorchis viverrini*, характеризующийся хроническим течением и преимущественным поражением гепатопанкреатобилиарной системы.

Описторхоз является природно-очаговым заболеванием. Крупнейший в мире природный очаг гельминтоза, обусловленного *Opisthorchis felinus*, находится в ОбьИртышском бассейне на территории России и Казахстана (Енисей, Обь, Урал, Иртыш), где регистрируется наиболее высокая заболеваемость – около 900 на 100 тыс. населения. Пораженность рыбы семейства карповых метациркарями описторхисов в реках ОбьИртышского бассейна достигает для язя 100%, чебака и леща 70%, линя – 45%. Также случаи заболевания регистрируются в бассейнах Камы, Днепра, Волги, Дона, Донца, Северной Двины, Немана (дополнительно к Обь-Иртышскому выделяют Волго-Камский и Днепровский очаги описторхоза). На территории России располагается около 2/3 мирового ареала описторхоза.

Эпидемиология

Источниками заражения являются люди и плотоядные животные (домашние и дикие), инвазированные описторхисами. В жизненном цикле этих гельминтов участвуют два промежуточных хозяина и окончательный. Окончательными хозяевами являются человек и многочисленные виды млекопитающих (кошка, собака, свинья, лисица и другие рыбацкие). У

окончательного хозяина описторхисы паразитируют в печени (100%), в желчном пузыре (43-60%), в поджелудочной железе (32-36%). Первый промежуточный хозяин описторхисов – обитатели мелководных водоемов со слабым течением, особенно пойменных водоемов, пресноводные моллюски – битиниды рода *Codiella*. Эти моллюски хорошо переносят высыхание грунта, низкие температуры. Второй промежуточный хозяин (дополнительный) – рыбы семейства карповых (*Carpinidae*): язь, линь, плотва, елец, голавль, густера, лещ, краноперка, подуст, чехонь и др.

С фекалиями окончательного хозяина яйца гельминта оказываются во внешней среде и попадают в воду различных водоемов (при сбросе сточных вод, смыве нечистот и др. путями). В яйцах развиваются мирацидии.

Моллюски рода *Codiella* заглатывают яйца описторхисов содержащих личинку - мирацидий, которые в кишечнике выходят из яйцевых оболочек, мигрируют во внутренние органы и превращаются в спороцисты. В одной спороцисте через 1 мес. развивается несколько десятков редий, в каждой из которых образуется до 100-120 хвостатых личинок (церкариев). Последние мигрируют в печень моллюска и там созревают.

Через 2 мес. церкарии выходят в воду, где проявляют положительный гео- и фототаксис, нападают на рыбу. Попав в кожу рыбы, церкарии укрепляются в ней, теряют хвост, вбуравливаются в толщу тканей. Не исключено проникновение церкариев через естественные отверстия боковой линии тела рыбы или при проглатывании моллюсков со зрелыми церкариями. В подкожной клетчатке и мышечной ткани церкарии инцистируются, превращаясь в метацеркарии округлой или овальной формы размером 0,24-0,34×0,18-0,24 мм. Через 6 нед. метацеркарии становятся инвазионными для окончательного хозяина.

Заражение человека и хищных млекопитающих происходит при употреблении в пищу сырой, недостаточно термически обработанной и слабосоленой рыбы, инвазированной метацеркариями описторхиса. Полный цикл развития *Opisthorchis felinus* от яйца до половозрелого гельминта в организме человека составляет 4-4,5 мес. Гельминт паразитирует в протоках гепатопанкреатобилиарной системы. Одна особь гельминта за сутки откладывает до 3000 яиц. Срок жизни описторхисов в организме человека достигает 25 лет и более.

Этиология

Возбудителями описторхоза являются гельминты, относящиеся к типу Plathelminthes, классу Trematoda, семейству Opisthorchidae, видам *Opisthorchis felineus* (двуустка кошачья) и *Opisthorchis viverrini*

Описторхисы имеют листовидную или ланцетовидную форму с заостренным передним концом, ротовой и брюшной присосками. *Opisthorchis felineus* несколько отличается размерами (длина 4-13 мм и ширина 1-3,5мм) от *Opisthorchis viverrini* (длина 5,4- 10,2 мм и ширина 0,8-1,9 мм). От ротовой присоски описторхисов идут глотка, пищевод, двуветвистый кишечник. В заднем конце тела имеется экскреторный канал. Половая система – гермафродитная. Два лопастных семенника расположены в задней части тела, яичник впереди семенников. Половое отверстие открывается впереди брюшной присоски.

Яйца описторхисов бледно-желтого цвета, имеют нежную двухконтурную оболочку и крышечку на одном полюсе и утолщение скорлупы на противоположном полюсе (по форме 10-15 мкм×напоминают огуречное семя). Их размеры 26-30*10-15 мкм.

Патогенез

При переваривании инвазированной рыбы в двенадцатиперстной кишке метацеркарии выходят из оболочки и по общему желчному и панкреатическому протокам проникают в печень, желчный пузырь и поджелудочную железу, где через 2 недели достигают половой зрелости и через месяц начинают откладывать яйца.

В течение описторхоза выделяют две стадии: острую и хроническую. Острая стадия кратковременная и соответствует по длительности времени развития личинки до половозрелой особи, затем следует хроническая стадия болезни.

В острой (ранней) стадии болезни патологические изменения в организме обусловлены комплексным воздействием ряда факторов паразитов: токсическими влияниями и аллергическими реакциями на продукты обмена гельминтов; микроциркуляторными нарушениями и последующими

гипоксическими влияниями, способствующими развитию дистрофических процессов в печени и поджелудочной железе и других органах.

Патоморфологически ранняя стадия описторхоза характеризуется продуктивным васкулитом, эозинофильной инфильтрацией стромы различных органов (печени, легких, ЖКТ), десквамативными и пролиферативными процессами в желчных протоках. Тяжесть органной патологии зависит от интенсивности инвазии и особенностей реакции иммунной системы. У 13 коренных жителей природных очагов описторхоза острая фаза заболевания протекает легче, чем у некоренного населения.

В патогенезе хронической стадии описторхоза ведущими являются следующие факторы: 1) механическое повреждение желчных и панкреатических протоков, стенок желчного пузыря присосками и шипиками гельминта; 2) скопление паразитов в протоках с последующим замедлением тока желчи и секрета поджелудочной железы, что может быть причиной кистозного расширения протоков; 3) нервно-рефлекторных воздействий, нарушающих функциональное состояние желудка и двенадцатиперстной кишки; 4) токсического и аллергического воздействия продуктов обмена паразитов; 5) присоединение вторичной инфекции желчных путей; 6) аутоиммунные процессы, обусловленные гибелью собственных тканей организма; 7) железистая пролиферация эпителия печеночных, желчных и панкреатических протоков (предраковое состояние). Патоморфологические изменения характеризуются явлениями каналикулита поджелудочной железы, хронического пролиферативного холангита, хронического гепатита, эрозивно-язвенных процессов в гастродуоденальной системе, холангиолитического цирроза печени. На течение хронического описторхоза существенное влияние оказывают генетические факторы (у лиц с третьей группой крови часто развивается диффузное поражение печени, у лиц с первой группой крови – эрозивно-язвенные поражения гастродуоденальной слизистой оболочки). Хронический описторхоз характеризуется изменениями трофологического статуса, развитием дефицитных состояний, анемии, что обусловлено развитием нарушений переваривания и всасывания питательных веществ, витаминов, микроэлементов. Инвазия паразитами сопровождается снижением напряженности неспецифического и специфического иммунитета, что проявляется осложненным течением интеркурентных заболеваний и нарушением иммунного ответа при вакцинации.

Клиническая картина

Инкубационный период описторхоза составляет от 2 до 4 недель (максимальный – до 6 недель).

Острая форма заболевания клинически манифестно проявляется у впервые заболевших людей. При лёгком течении заболевания характерны: внезапное начало, температура до 38°C в течение одной или двух недель, жалобы на умеренную слабость и повышенную утомляемость. Среднетяжёлому течению присущи повышение температуры до 39°C и выше в течение двух или трех недель, уртикарные высыпания, боли в мышцах и суставах, у некоторых пациентов отмечаются выраженные диспептические явления (рвота и диарея). При тяжёлом течении помимо высокой температуры тела, высыпаний на коже, головной боли, заторможенности или возбуждения, бессонницы, отчетливо проявляются признаки поражения внутренних органов. При поражении печени отмечается иктеричность кожи и склер различной интенсивности, боли в правом подреберье, увеличение печени и селезенки, увеличение мезентериальных и периферических лимфоузлов. При поражении пищеварительного тракта отмечается упорные приступообразные боли в правом в 15 эпигастрии и правом подреберье, тошнота, рвота, вздутие живота, расстройства стула. У некоторых больных развивается поражение респираторного тракта: появляются кашель, боли в грудной клетке при дыхании, одышка, рентгенологически в легких выявляются мигрирующие инфильтраты или пневмония. В клиническом анализе крови отмечается эозинофилия. Тяжелая форма острого описторхоза проявляется следующими клиническими вариантами: тифоподобным, гепатохолангитическим, гастроэнтероколитическим или вариантом с преимущественным поражением респираторного тракта (в виде обструктивного бронхита или пневмонии). В клиническом анализе крови отмечается высокий лейкоцитоз, эозинофилия, анемия с нормобластическим или мегалобластическим типом кроветворения. В биохимическом анализе крови выявляется повышение АЛТ и АсАТ, щелочной фосфатазы, прямого билирубина

В зависимости от интенсивности инвазии острая фаза заболевания длится от 1 до 4 недель. Возможно затяжное течение острой фазы – до двух и более месяцев. У коренных жителей эндемичных по описторхозу районов,

заражающихся в детском возрасте, инвазия протекает в латентной форме, проявляющейся только наличием умеренной эозинофилии.

Хроническая форма описторхоза характерна для жителей эндемических районов, отличается большим разнообразием проявлений. Появление клинических симптомов болезни может произойти через 10-20 лет после заражения и при отсутствии выраженной острой фазы заболевания. Наиболее частыми симптомами являются: чувство тяжести и распирания в эпигастральной области, снижение аппетита, рвота, боли в правом подреберье. Температура тела нормальная или субфебрильная. Возможно бессимптомное (латентное) течение хронической формы заболевания.

Хронический описторхоз может проявляться признаками дисфункции билиарного тракта, хронического холецистита, хронического гепатита, цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы.

При поражении поджелудочной железы у больных отмечаются боли опоясывающего характера с отдачей в левую половину грудной клетки, спину, левое плечо.

При поражении нервной системы по типу астено-невротического синдрома у больных отмечаются головные боли, головокружения, нарушения сна, эмоциональная неустойчивость, депрессия, раздражительность, частая смена настроения, снижение работоспособности и др

При хроническом описторхозе иногда развивается поражение сердца, при этом больные жалуются на боли или неприятные ощущения в области сердца, сердцебиения, перебои в работе. В ряде случаев возможно развитие хронического миокардита.

При хроническом описторхозе часто отмечаются признаки хронического гастрита, дуоденита, гастродуоденита, язвы желудка или двенадцатиперстной кишки. Симптомы поражения гастродуоденальной системы обычно выражены умеренно.

Хронический описторхоз может проявляться изолированными клиническими вариантами: изолированными симптомами холецистита, холангита; изолированными симптомами панкреатита; признаками недостаточности пищеварительных ферментов (синдром мальабсорбции); общетоксическими проявлениями и аллергическими реакциями. Хроническая форма

описторхоза у детей сопровождается отставанием в физическом развитии, расстройствами питания, анемией и другими полидефицитными состояниями, 16 иммуносупрессией. Наличие описторхоза отрицательно сказывается на течении беременности и родов.

При хроническом описторхозе нередко дегельминтизация приводит к обострению болезни, что связано с токсико-аллергическими процессами в результате распада паразитов. Однако у большинства больных в ближайшие недели или месяцы после дегельминтизации проявления болезни постепенно стихают.

Классификация описторхоза

I. Международная классификация болезней 10 пересмотра (МКБ-10): B66.0
Описторхоз

II. Клиническая классификация описторхоза:

A. По типу:

1. Типичная (манифестная форма) 2. Атипичная (латентная форма)

B. По тяжести: 1. Легкая форма 2. Среднетяжелая форма 3. Тяжелая форма

C. По характеру течения 1. Без осложнений 2. С осложнениями (инфицирование желчных путей, желчный перитонит, холецистит, панкреатит, первичный рак печени)

D. По характеру течения: 1. Острое (от 1 нед. до 1,5-2 мес.) 2. Хроническое (более 1,5-2 мес.): рецидивирующее, непрерывное

Диагностика

Отсутствие специфической клинической картины затрудняет диагностику описторхоза. Поэтому врач должен использовать комплексный анализ данных, полученных при обследовании больного: 1. Сведения эпидемиологического анамнеза о проживании или пребывании (даже кратковременном) пациента в эндемичной местности, употреблении им в пищу рыбы семейства карповых, нередко существенным фактом является наличие описторхоза у родственников.

2. При клиническом обследовании выявление заболевания гепатобилиарной системы (ГБС) или признаков аллергии в симптоматике остро протекающего заболевания (при остром описторхозе) у проживающего в очаге описторхоза служат поводом для детального обследования на данный гельминтоз.
3. Результаты копроовоскопии (методы Като, формалин-эфирного или эфируксусного осаждения).
4. Микроскопия дуоденального содержимого. Обнаружение яиц гельминтов в кале или желчи позволяет установить окончательный диагноз описторхоза.
5. Общий анализ крови: наиболее характерной особенностью является эозинофилия. В острую фазу описторхоза – по типу лейкомоидной реакции (содержание лейкоцитов может достигать $60,0 \times 10^9/\text{л}$ при эозинофилии – до 80-90%). При хроническом течении инвазии содержание эозинофилов часто находится в пределах нормальных значений или умеренно повышено (10-20%), хотя в отдельных случаях, как правило, при суперинвазии может достигать 80%.
6. Серологические реакции – ИФА (иммуноферментный анализ с антигеном цельного экстракта марит описторхов, полученных от инвазированных кошек). Данный метод позволяет выявить в сыворотке крови специфические антитела (иммуноглобулины классов М и G).

Лечение

Лечение описторхоза проводится поэтапно.

I этап - подготовительная патогенетическая терапия в течение 2-3 недель. Назначается комплекс препаратов в соответствии с клинической картиной и тяжестью течения заболевания: диета №5, гепатопротекторы, спазмолитики, желчегонные и ферментные препараты, антигистаминные средства, тюбажи с минеральной водой через день, по показаниям проводится дезинтоксикационная терапия.

II этап - антигельминтная терапия (проводится только в период клинико-лабораторной ремиссии) – празиквантель (билтрицид) назначают в курсовой дозе 40 - 75 мг/кг массы тела больного в три приема с интервалом четыре часа, после еды. Препарат можно назначать днем или ночью

(например, в 22-02-06 часов). Во время приема препарата в 42,3% случаев могут возникать побочные явления: головная боль, головокружение, слабость, сонливость, чувство легкого опьянения, нарушение координации, расстройство сна, снижение аппетита, тошнота, изжога, сухость и горечь во рту, иногда рвота, усиление или возобновление болей в правом подреберье, ощущение тяжести в эпигастриальной области, боли в левом подреберье, дискомфорт в животе, кашицеобразный стул, субфебрильная температура. Противопоказания: беременность и период лактации, обострение хронических заболеваний, лихорадочные заболевания различной этиологии, злокачественные новообразования, тяжелые заболевания почек и печени с резким нарушением функций.

III этап - не менее 1-2 недель продолжается патогенетическая терапия (см. I этап). Диспансерное наблюдение проводится в течение 1 года (контрольное обследование через 1, 3, 6, 9 и 12 мес. после лечения) и предусматривает оценку гелминтоцидной и клинической эффективности химиотерапии. При наличии резидуальных явлений осуществляется клиническая реабилитация, т.к. устранение инвазии не всегда способствует полному клиническому выздоровлению. Так, в группе больных, пролеченных в острую фазу описторхоза, резидуальные явления зарегистрированы в 9,1% случаев, а в хроническую – в 52,6%, в 3% случаев отмечено ухудшение состояния. Наблюдается зависимость клинического эффекта от исходной тяжести заболевания. При латентном течении хронического описторхоза в 95,7% случаев после лечения состояние больных остается стабильным, клиниколабораторные показатели в пределах нормы, в то время как при клинически выраженном – выздоровление отмечается только в 43% случаев.

Профилактика

Успех борьбы с описторхозом зависит от совместных усилий медицинских работников и населения. Степень защищенности людей определяется уровнем их знаний о мерах профилактики инвазии, их санитарной культурой, что достигается санитарнопросветительной работой. Особое внимание должно уделяться обучению населения правилам обработки рыбы в домашних условиях.

Обеззараживание рыбы гарантируют следующие способы её обработки:

1. Варка рыбы в течение 15-20 минут с момента закипания.
2. Жаренье рыбы небольшими кусками, в распластанном виде, под крышкой, с добавлением большого количества жира в течение 15-20 минут.
3. Приготовление котлет, тефтелей и др. из рыбы 15-20 минут
4. Выпекание пирога с рыбой не менее 60 минут.
5. Посол рыбы не менее 2 недель из расчета 2 кг соли на 10 кг рыбы.
6. Вяление: а) посол в течение 2 недель из расчета 2 кг соли на 10 кг рыбы, вымачивание и вяление по вкусу; б) посол из расчета 2 кг соли на 10 кг рыбы, но в течение 3 дней, а затем, не вымачивая, вяление в течение 3 недель.
7. Замораживание рыбы весом до 1 кг при температуре -28°C в течение 41 часа, при температуре -35°C – 10 часов. В бытовом холодильнике метацеркарии сохраняют жизнеспособность более месяца.
8. Перед холодным копчением рыбу предварительно обеззараживают путем посола (в течение 2 недель из расчета 2 кг соли на 10 кг рыбы) или замораживания (при температуре -28°C в течение 41 часа, при температуре -35°C – 10 часов)
9. Горячее копчение при температуре $+70-80^{\circ}\text{C}$ в течение 2-2,5 часов.

Нужно настойчиво объяснять населению особую опасность употребления в пищу мороженой рыбы в виде "строганины", "патанки", блюда "хе", а также свежевывловленной ("парной") рыбы. Необходимо тщательно мыть руки и кухонный инвентарь после обработки сырой рыбы. Не следует пробовать на содержание соли сырой рыбный фарш.

Особенно важно воспитание санитарной культуры у подрастающего поколения. Преподаватели должны знать о коварстве описторхоза, рассказывать о мерах его предупреждения детям и родителям. Вопросы профилактики описторхоза должны быть внесены в санитарный минимум для работников общественного питания.

Список литературы:

1- Инфекционные болезни- Любзин Ю.В. - 2000 год, часть 1- 186 стр.

2- Инфекционные болезни - Шувалова Е.С. -2015год, 1835 стр.