

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

Кафедра поликлинической терапии и семейной медицины с курсом ПО

Заведующая кафедрой: профессор Петрова М.М.

Реферат на тему
«Описторхоз»

Выполнила:
Врач-ординатор первого года обучения
кафедры поликлинической терапии
и семейной медицины с курсом ПО
Тепнадзе Лия Эдуардовна

Красноярск, 2023 год

Содержание:

1. Введение.....	3.
2. Проблема описторхоз.....	4.
3. История обнаружения описторхоза.....	6.
4. места обитание описторхоза.....	9.
5. Описание возбудителя.....	11.
5.1 Этиология.....	11.
5.2 Развитие возбудителя.....	12.
5.3 Патогенез.....	14.
5.4 Симптомы и течение.....	15.
6. Представитель - печеночный сосальщик.....	17.
7. Клинические формы заболевания.....	19.
7. 1 Клиническая классификация описторхоза.....	19.
А) Острый описторхоз.....	20.
Б) Хронический описторхоз.....	22.
7. 2 Диагностика описторхоза.....	25.
8. Лечение и профилактика описторхоза.....	27.
9. Оздоровление очагов описторхоза.....	29.
10. Вывод.....	31.

Введение

Описторхоз – это природно-очаговое заболевание собак, кошек, пушных зверей, редко свиней, вызываемое трематодой *Opisthorchis felineus* сем. *Opisthorchidae*.

Локализация – желчные ходы печени, желчный пузырь реже протоки поджелудочной железы.

Описторхоз имеет очаговое распространение на территории бассейнов рек Оби, Иртыша, реке – Печоры, Днепра, Дона, Волги, Лены.

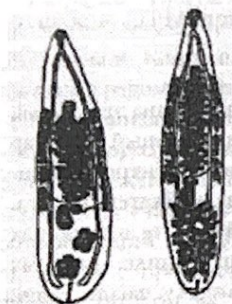
Природная очаговость явления, когда возбудитель специфический переносчик и животные в течение смены своих поколений долгое время существуют в природных условиях, вне зависимости от человека, как по ходу своей уже прошедшей эволюции, так и в настоящий ее период (Е. Н. Павловский).

Экономический ущерб от описторхоза в звероводстве складывается в основном из потери пушнины, ухудшения ее качества и нередко гибели животных.

Актуальность данной темы обоснована тем, что на современном этапе развития звероводства существует острая практическая необходимость изучения...

Проблема описторхоз

Возбудитель описторхоза человека — *Opisthorchis felineus* был открыт К.Виноградовым, профессором Томского университета, более 100 лет назад. Тем не менее, проблема описторхоза и сегодня не решена — он остается весьма распространенным заболеванием с упорным, рецидивирующим течением. В мире насчитывается около 21 млн. человек, инфицированных печеночными трематодами (*Clonorchis sinensis*, *Opisthorchis viverrini* и *Opisthorchis felineus*), которые паразитируют у человека в желчных путях и протоках поджелудочной железы, вызывая сходные по клинике и патогенезу заболевания.



Описторхисы

(*Opisthorchis felineus*).

Актуальная проблема сибирского региона - описторхоз. 2/3 мировой заболеваемости этим тяжелым паразитозом приходится на жителей России.

Достаточно сказать, что в Германии описторхозом болеет 1% жителей, а у нас пораженность населения самого большого очага описторхоза Обь-Иртышского бассейна рек среди коренных жителей колеблется от 50 до 100%. В связи с освоением Западной Сибири проблема описторхоза приобрела особую остроту. Разработка природных богатств Западной Сибири, строительство крупнейших нефти - и газопроводов, объектов нефти - и газоперерабатывающей промышленности, освоение лесных богатств региона вызвали значительный приток населения из различных районов страны в некогда глухие, малонаселенные районы Западной Сибири. Новоселы сравнительно быстро усваивают привычку употреблять в пищу не обезвреженную рыбу семейства карповых, содержащую мета-церкариев описторхисов. Через год приезда в очаг могут заражаться описторхозом от 11 до 42% новоселов.

Мало кто знает, что заразиться описторхозом в эндемичном очаге очень просто. Так как личинки паразитов находятся непосредственно в мышцах речной рыбы, то при её разделке - в случае использования ножа, тарелки, разделочной доски для других целей - происходит загрязнение разделочного инвентаря и обсеменение других продуктов. Описторхоз ещё коварен и тем, что заболевание подступает незаметно. Симптомы нарастают вместе с накоплением описторхисов в организме. Процесс этот длится десятки лет, так как продолжительность жизни гельминта 25-50 лет.

Признаков, конкретно для описторхоза, нет. Пока пациенты «созревают», чтобы выяснить причину частых головных болей, аллергических кожных реакций, тошноты, рвоты, периодических болей в правом подреберье, непереносимости острой и жареной пищи, - паразиты разрушают печень, желчный пузырь, поджелудочную железу. Описторхисы чрезвычайно прожорливы. Они питаются слизью желчных протоков, ротовой присоской засасывают, отрывают и поедают клетки слизистых оболочек: остаётся кровоточащая поверхность, паразиты заглатывают и кровь. Органы, где «расселяются оккупанты», зарастают рубцовой тканью, перерождаются. В случае слабой иммунной защиты возможно возникновение первичного рака печени и поджелудочной железы

История обнаружения описторхоза

Впервые этого глиста обнаружили еще в 1884 г. и тогда же дали имя и фамилию - *Opisthorchis felineus*, а чуть позже и отчество (как у людей, от папы, то есть первооткрывателя) – Rivolta. Фамилию (*felineus*) паразит получил от латинского названия животного, у которого его нашли. Героиней оказалась обычная кошка. В 1891 году русский ученый К. Н. Виноградов впервые описал заболевание человека, вызываемое данным возбудителем, то есть – **описторхоз**. Вообще, роль отечественных специалистов в изучении *описторхоза* огромна, что во многом связано с тем, что заболевание, вызываемое именно этой трематодой, встречается практически только на территории бывшего СССР (есть другие виды *описторхисов* за пределами нашей страны)/

Особенности строения глиста дали ему несколько синонимов, относящихся к разным родам: *сибирский сосальщик*, *сибирская двуустка*, *кошачья двуустка*. Именно это смешение мужского и женского родов вынесено в заглавие.

Из истории открытия описторхоза Известный русский паразитолог, профессор Н.Н. Плотников так рассказывал историю открытия описторхоза.

В 1891 году сибирский ученый, профессор К.Н. Виноградов, микроскопируя желчь из трупа крестьянина, обнаружил похожие на споры белых грибов очень мелкие яйца какого-то паразитического червя. Он исследовал печень и нашел небольших, не более 8 мм в длину, плоских, почти бесцветных гельминтов, похожих на маленькие дынные семечки... Виноградов опубликовал сведения о своей находке в специальной брошюре и назвал обнаруженных им червей «сибирской двуусткой». Всего несколькими годами раньше, в 1884 году, итальянский ученый Ривольта при вскрытии кошки обнаружил маленького паразитического плоского червя, которого он назвал «двуусткой кошачьей». Скоро стало ясно, что описания касаются одного и того же вида паразита.

Профессор Виноградов сделал доклад о найденном им паразите в Томском обществе естествоиспытателей и предположил, что он совсем не так уж редко встречается в Сибири. Как оказалось, он был совершенно прав, но лишь спустя многие годы стало

ясно, насколько широко этот паразит – «описторхис фелинеус» – распространен на земном шаре, как много людей поражены им и болеют тяжелым паразитарным заболеванием – описторхозом.

В конце 20-х годов XX века врачи А.В. Светлов и Р.К. Окулова установили, что в Тюменской области описторхоз отнюдь не редкость. В это же время в город Тобольск, а затем в Обдорск (ныне Салехард) приезжает для проведения исследований крупнейший русский ученый, гельминтолог, академик К.И. Скрябин. Его группа работала во многих городах и поселках Обского бассейна, и везде ученые сталкивались с массовыми случаями заболевания описторхозом. Чем дольше они работали, тем серьезней для России представлялась им эта проблема. Совсем скоро описторхоз был уже обнаружен на Украине (на Днепре) и в центральной России (на Волге и Каме).

В годы войны в одном из фашистских концлагерей погиб русский солдат-сибиряк, при вскрытии трупа в его печени и поджелудочной железе было обнаружено 42 тысячи описторхисов. В 1973 году в одной из экспедиций на севере Томской области для получения биологического материала была вскрыта кошка, которая сначала казалась беременной. Но потом выяснилось, что это не кошка, а кот, и то, что поначалу приняли за матку с котятами, были 8 кист на печени с описторхисами. Самая большая из них была величиной с кулак. В одной из средних по размеру (не больше грецкого ореха) кист оказалось 654 паразита.

В конце концов, К.И. Скрябин выдвинул лозунг: **«Описторхоз должен быть искоренен во что бы то ни стало»!**

Но чтобы бороться с описторхозом, его следовало вначале хорошо изучить, а это оказалось совсем не просто. Еще профессор Плотников любил говорить, что по описторхозу защищена «уйма диссертаций, а описторхоз как был, так и есть»... К концу XX столетия диссертаций стало гораздо больше, а проблема как была, так и осталась... Это означает, во-первых, что данная проблема очень сложна, во-вторых, что заболевание распространено на большой территории, а в-третьих, что описторхоз требует изучения с разных сторон (биология паразита, экология его хозяев, влияние на паразитов и его хозяев разнообразных факторов антропопрессии, особенности географического распространения, воздействие паразитов на организм человека и животных, поиски способов лечения и профилактики и т.д.).

Отечественные гельминтологи на протяжении более чем полувековой истории интенсивного изучения описторхоза внесли неоценимый вклад в разработку всех аспектов проблемы: эпидемиологии, биологии, патологии и патогенеза, клиники и терапии описторхоза.

места обитание описторхоза

Описторх – гермафродит. Всё, что у него есть – это матка, нафаршированная яйцами, желточники и две тонкие кишечные трубки. Вверху – ротовая присоска с тонкими хитиновыми пластинками..

Природным очагом описторхоза являются реки Сибири: Обь, Иртыш, Волга, Неман, Северная Двина, реки Урала и Восточного Казахстана, Пермской области, на Украине Дон, Днепр, Донец. В Западной Европе описторхоз описан в Голландии, Франции и Италии, в Таиланде.

В настоящий момент на Россию приходится не менее 70% заболеваемости, Украину и Казахстан – примерно по 7–10%, Беларусь – около 3–5% и на долю стран Западной Европы, включая страны Балтии, – оставшиеся 3–4%.

По данным ВОЗ (Всемирной организации здравоохранения) 2004 г., каждый четвертый житель планеты заражен описторхозом, но первое место в мире заняли мы – сибиряки!

На сегодняшний день огромные территории Обь-Томь-Иртышского бассейна, а также среднее Поволжье и Красноярский край являются природным очагом описторхоза. И самое первое место по этому виду паразитов занимает Новосибирск и НСО. Это 95%, то есть 95 человек из 100. Той же ВОЗ описторхоз расценивается как общее тяжелое заболевание всего организма. И во всем, что касается описторхоза – и диагностики, и лечения, и профилактики – прогноз пока безрадостный.

Исследования показывают, что заражение человека и животных описторхозом происходит через рыбу, содержащую личинки гельминта. Это происходит при употреблении в пищу сырой, слабо просоленной, недостаточно прожаренной, проваренной рыбы. Отмечено, что личинки паразита развиваются только у карповых пород рыб. Такими рыбами являются язь, елец, плотва (чебак), линь, карп, вобла, красноперка, жерех, лещ, усач, подуст, уклейка, карась и др. В других очагах среди людей выявляется очень незначительная зараженность, поскольку в этих районах не принято употребление в пищу сырой рыбы. Но там вспышки заболевания поддерживаются за счет плотоядных животных, особенно кошек и собак, которые посещают места отлова и разделки рыбы, поедают отходы переработки рыб, мелкую рыбу и в то же время инвазируют водоемы яйцами гельминта. Зараженность рыб метацеркариями в таких очагах достигает 25-30%, а иногда и более.

Моллюски битинии (промежуточные хозяева) обитают на заиленных песках, на небольшой глубине в реках с медленным течением и богатых растительностью. Плотность заселения ими водоемов иногда достигает 4000-5000 экз. на 1 м². Интенсивность инвазии дефинитивного хозяина может быть тоже значительной - до нескольких тысяч экземпляров трематод.

Описание возбудителя

Описторхоз (Opisthorchosis) (Синонимы: Opisthorchosis —англ., opisthorchiase —франц., Opisthorchosis —немецк., Opisthorchiasis —итал., Opisthorchosis —исп.)
Взрослая форма *Opisthorchis felinus* Яйца *Opisthorchis felinus* Яйцо *Opisthorchis viverrini* .

Этиология. Возбудителями описторхоза являются два вида трематод семейства opisthorchi felinus и Opisthorchis viverrini. O. felinus (синонимы: двуустка кошачья, двуустка сибирская) плоское, листовидное, длина 8-14 мм, ширина 1-3 мм. Описторхи поражают печень, желчные поджелудочную железу и их протоки. В стадии половой зрелости O. felinus паразитирует в внепеченочных желчных протоках, в желчном пузыре, протоках поджелудочной железы человека, собаки, лисицы, песца и некоторых других плотоядных животных.

Передний конец сужен, задний округлен. В передней

половине тела хорошо видны обе присоски, брюшная и ротовая: ротовая расположена на переднем конце тела, брюшная - на расстоянии одной четверти тела от ротовой. Короткая глотка, пищевод и два кишечных ствола слепо заканчиваются на заднем конце. Два лопастных семенника лежат в задней части тела. Средняя

треть тела занята петлями матки. Половые отверстия открываются у переднего края брюшной присоски. Яйца овальные, 0,026-0,034 мм в длину и 0,011-0,019 мм в ширину, бледно-желтого цвета, с крышечкой на одном конце. Инцистированные личинки, локализирующиеся в мышцах рыбы, без капсулы, имеют размеры 0,22-0,26 X 0,12-0,22 мм.

Развитие возбудителя. Описторхисы в организме дефинитивного хозяина выделяют яйца, которые вместе с желчью поступают в кишечник, а из него с калом попадают наружу. Развиваются только попавшие в воду яйца, в них образуется личинка - мирацидий. Такие яйца заглатывает пресноводный жаберный моллюск - *Bithynia leachi*. В кишечнике моллюска мирацидий выходит из яйца, проникает в полость тела и через три-четыре недели превращается в спороцисты, содержащую рении. Рении выходят из спороцисты, внедряются в печень моллюска и развиваются. Внутри рении развиваются церкарии, имеющие хвост. Затем церкарии покидают хозяина, попадают в воду и внедряются в дополнительного хозяина, преимущественно из семейства карповых: сазана, язя, усача, карпа, леща, плотву, ельца, линя, красноперку, густеру и др. С момента попадания яйца к моллюску и до развития церкарии проходит около 2-2,5 мес. Церкарии, попавшая в рыбу, локализуется в подкожном слое мышц. После внедрения церкарии в мышечную ткань рыбы, они через 2-3 недели окружаются соединительнотканной оболочкой (инцистируются), а через 6 недель превращаются в метацеркарии, способных заразить дефинитивного хозяина.

Инвазированная рыба, будучи съедена человеком или плотоядными животными, в их желудке и в начальном отделе тонкого кишечника переваривается, метацеркарии освобождаются от цист, проникают через желчные протоки в желчный пузырь, желчные ходы печени и через 10-12 дней достигают половой зрелости, начиная откладывать яйца.

Развитие *O. felineus* от яйца до половозрелого гельминта продолжается в течение 4-5 мес., что зависит от температурных условий водоема. Более высокая температура воды ускоряет развитие паразита. Интенсивность заражения у рыб, особенно у язей, очень высокая и достигает до 1200 метацеркарий у одной рыбы.

Заражение окончательных хозяев — человека и млекопитающих — происходит при употреблении в пищу сырой, малосоленой, вяленой или недостаточно термически обработанной рыбы, содержащей инвазионные личинки. В желудке соединительнотканная капсула метацеркарий переваривается, а тонкая гиалиновая оболочка разрывается самой личинкой в двенадцатиперстной кишке, откуда (вероятно, по механизму положительного хемотаксиса к желчи) личинки проникают в желчный пузырь, желчные протоки и протоки поджелудочной железы. Описторхисы выявляются во внутривенных желчных ходах у 100% инвазированных людей, в желчном пузыре — у 60%, в поджелудочной железе — у 36%. Проникшие в гепатобилиарную систему и поджелудочную железу метацеркарии через 3—4 недели достигают половой зрелости и начинают откладывать яйца. Таким образом, полный цикл развития возбудителя описторхоза (от яйца до половозрелого паразита) длится 4—4,5 месяцев, после чего начинается продукция яиц. В организме окончательного хозяина нарастание инвазии происходит только при повторных заражениях. Продолжительность жизни описторхисов достигает 20—25 лет. Различают острый описторхоз (от нескольких дней до 4—8 недель и более), связанный с миграцией личинок паразита и развитием токсико-аллергического синдрома на метаболиты, выделяемые личинками, и хронический (продолжается 15—25 лет и даже пожизненно).

Симптомы и течение. Кишечная инфекция характеризуется острым началом, интоксикационным синдромом, воспалением слизистой оболочки кишечника, нарушением его функции. В ранней фазе отмечаются тошнота, рвота, повышение температуры тела, головная боль, мышечная слабость, увеличение лимфатических узлов. В поздней фазе преобладают симптомы поражения кишечника: боли в животе, диарея, тенезмы, метеоризм, тошнота, рвота, потеря аппетита. В тяжелых случаях развивается токсический шок, сепсис, геморрагический синдром. При микроскопии фекалий обнаруживаются лейкоциты, эритроциты, бактерии. Лечение: диета, регидратация, антибактериальная терапия, симптоматическое лечение.

Патогенез. Личинки описторхисов при поступлении со съеденной рыбой в кишечник человека выходят из окружающих их оболочек 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.

Основную роль в патогенезе описторхоза играют: аллергические реакции (особенно выраженные в ранней фазе болезни), которые возникают в результате выделения гельминтами продуктов их обмена веществ;

- механическое воздействие гельминтов, которое состоит в повреждении стенок желчных и панкреатических протоков и желчного пузыря присосками и шипиками, покрывающими поверхность тела гельминта. Скопление паразитов обуславливает замедление тока желчи и секрета поджелудочной железы;
- нервно-рефлекторные влияния посредством раздражения гельминтами нервных элементов протоков, в результате чего возникают патологические нервные импульсы, передающиеся, прежде всего на желудок и двенадцатиперстную кишку;
- возникновение условий (дискинезия желчевыводящих путей, скопление в них паразитов, яиц, клеток слущенного эпителия, временное и полное прекращение тока желчи), благоприятных для присоединения вторичной инфекции желчных путей;
- железистая пролиферация эпителия желчных и панкреатических протоков, которую следует рассматривать как предраковое состояние.

Симптомы и течение. Инкубационный период при описторхозе продолжается 2—4 недели. В ранней фазе описторхоза могут быть повышение температуры тела, боли в мышцах и суставах, рвота, понос, болезненность и увеличение печени, иногда увеличивается и селезенка, аллергические высыпания на коже, в крови лейкоцитоз с эозинофилией, часто лейкомоидная эозинофильная реакция.

В поздней фазе описторхоза главной жалобой больных являются указания на боли в эпигастрии и правом подреберье; у многих они иррадиируют в спину и иногда в левое подреберье. Нередко боли обостряются в виде приступов желчной колики. Часто возникают головокружения, головные боли, диспепсические расстройства. Некоторые больные указывают на бессонницу, частую смену настроения, повышенную раздражительность. Температура тела субфебрильная или нормальная. Печень часто увеличена и уплотнена. Обычно имеется равномерное увеличение органа, но у отдельных больных преимущественно увеличивается его правая или левая доля. Функции печени (белково-синтетическая, пигментная, антитоксическая) при неосложненном описторхозе нормальные или незначительно нарушены. При наличии в анамнезе вирусного гепатита и при осложнении вторичной бактериальной инфекцией желчных путей могут наступить выраженные нарушения функции печени. Желчный пузырь часто значительно увеличен и напряжен; у многих больных сокращение его удается вызвать лишь при повторных дуоденальных зондированиях.

При микроскопии дуоденального содержимого определяется во всех порциях, но особенно в порции "С", увеличение количества лейкоцитов, эпителиальных клеток, а также детрита, кристаллов билирубина и холестерина. Нарушения двигательной функции желчного пузыря при описторхозе могут протекать по типу гиперкинетической, гипертонической или гипокинетической дискинезии. У трех четвертей больных с рентгенологически установленными нарушениями моторики желчного пузыря отмечается гипокинетический тип дискинезии. Для таких пациентов

характерны тупые распирающие боли в правом подреберье, выраженные диспепсические нарушения, запор (синдром пузырной недостаточности). У больных с гипертонической и гиперкинетическим типами дискинезии чаще встречается синдром желчной (бескаменной) колики, желчный пузырь у них не увеличен. Пальпация области поджелудочной железы болезненна, у некоторых больных выявляется гиперестезия кожи слева.

О недостаточности внешнесекреторной функции поджелудочной железы свидетельствует снижение содержания ее ферментов (трипсина, амилазы, липазы) в дуоденальном содержимом и повышение концентрации трипсина, антитрипсина, амилазы, липазы в крови, диастазы в моче. У некоторых больных наступают нарушения и инкреторной функции поджелудочной железы в виде гипергликемии натощак. Со стороны желудочной секреции у половины больных описторхозом выявляется понижение кислотности или ахилия.

Описторх – червяк длиной от 1 до 2 сантиметров, который паразитирует в печени и её протоках, поджелудочной железе, 12-перстной кишке.

Представитель - печеночный сосальщик.

Печеночного сосальщика в народе называют кошачьей двуусткой, а специалисты — описторхисом. Червь паразитирует в организмах кошки и человека. В результате его жизнедеятельности у хозяина воспаляются, закупориваются или расширяются печеночные протоки. В организме происходят токсические и аллергические изменения.

Яйца печеночного сосальщика попадают с фекалиями в водоемы и становятся пищей улиток (малых прудовиков), где преобразуются в личинки. Они представляют собой неподвижное скопление клеток — зародышевых шаров.

Шары растут, делятся и в завершение процесса образуют церкарии. Это маленькие готовые двуустки, отличающиеся от взрослых длинным хвостом. Когда личинки созреют до этой стадии, они покидают организм улиток.

Личинок поедают рыбы, в тканях которых они проходят следующую стадию развития и становятся опасными для человека. При употреблении человеком или кошкой сырой или недостаточно проваренной рыбы происходит заражение печеночным сосальщиком.

Жители Сибири часто употребляют в пищу строганину из сырой мороженой рыбы. Именно по этой причине там широко распространен такой вид гельминтоза, как описторхоз.

Это заболевание вызывается фасциолой — гельминтом, который тоже является печеночным сосальщиком. Кроме человека, он поражает еще и овец. У некоторых народов существует много национальных блюд, где присутствует влаголюбивое растение водяной кресс.

Именно это растение служит пристанищем личинкам сосальщика (они прикрепляются к стеблям и листьям кресса), вышедшим из яиц, попавших в водоем или на почву с фекалиями. Прикрепившись к водяному крессу, личинки превращаются в цисты.

Иногда у печеночного сосальщика появляется и третий хозяин. В этом случае церкарии, покинув организм улитки, проникают в тело какого-нибудь водяного насекомого и только после этого превращаются в цисты. Заболевание протекает подобно описторхозу, с кишечными коликами, нарушениями желчеотделения и аллергическими реакциям. Паразитирует описторхи в печени и ее протоках, поджелудочной железе, двенадцатиперстной кишке. Продолжительность его жизни не менее 25-28 лет. Биологическая смерть личинки наступает при температуре выше +120 градусов только через 40 минут, а при температуре - 40 , только через 7-10 суток. Описторх все еще жив, когда сама рыба уже замерзла, или сварилась. Гибель описторха в соленой среде наблюдается при очень высоких концентрациях соли – не менее 20 граммов на 100 граммов рыбы! Но и это - не раньше, чем через 7-10 дней.

Клинические формы заболевания

Клиническая классификация описторхоза.

1. Острый описторхоз:

Латентный.

Клинически выраженный:

- легкая форма
- среднетяжелая форма
- тяжелая форма: а) тифоподобный вариант; б) гепатохолангитический вариант; в) гастроэнтероколитический вариант.

2. Суперинвазия в острой стадии.

3. Хронический описторхоз:

Латентный.

Клинически выраженный:

- холангит
- холангиохолецистит
- холангиогепатит
- гепатопанкреатит
- холангитический цирроз печени.

4. Суперинвазия в хронической стадии.
5. Реинвазия.
6. Резидуальные явления после избавления от описторхисов.

Примеры формулировки диагноза:

- описторхоз, острая фаза, тяжелая форма, гастроэнтероколитический вариант;
- описторхоз, хроническая фаза, хронический холецистит описторхозного генеза в стадии обострения.

Клиническая картина описторхоза полиморфна и зависит от индивидуальных особенностей организма, а также от интенсивности и продолжительности инвазии.

Клинические варианты течения ранней стадии разнообразны — от стертых форм до генерализованных аллергических реакций с множественными поражениями. Острая стадия с клиническими проявлениями обычно развивается у приехавших в очаг из эндемичных районов. У местного населения, как правило, отмечается первично-хроническое течение. Гиперлейкоцитоз эозинофильного типа и лихорадочная реакция различной степени выраженности (температура от субфебрильной до 40—41°C) наблюдаются у всех больных острым описторхозом.

Острый описторхоз

При легком течении острой фазы появляются кратковременный подъем температуры до 38°C, эозинофилия до 15—25% на фоне умеренного лейкоцитоза. При среднетяжелом течении (40—50% больных) отмечаются лихорадка постоянного или ремитирующего типа (до 38—39°C), высыпания на коже, зуд, эозинофилия (до 20—25%), лейкоцитоз (10—15х10⁹/л), ускорение СОЭ. Через 1—2 недели, как правило, наступает латентный период, когда перечисленные выше симптомы исчезают, но появляются боли в правом подреберье. При тяжелом течении острого описторхоза (у 10—15% больных) наблюдается один из 3 перечисленных выше вариантов.

Для тифоподобного варианта характерны высокая стойкая температурная реакция, резко выраженная интоксикация, гепатолиенальный синдром. Заболевание начинается остро, повышение температуры тела (38—40°C) нередко сопровождается ознобом. В дальнейшем лихорадка приобретает постоянный, неправильно ремитирующий или интермитирующий характер. Резко выражены симптомы интоксикации. При осмотре могут отмечаться легкая субиктеричность, кожные высыпания (розеолезная, розеолапапулезная, петехиальная сыпь), лимфаденопатия, умеренное увеличение печени и селезенки. В легких могут обнаруживаться летучие эозинофильные инфильтраты. В анализе крови: лейкомоидная эозинофильная реакция (лейкоцитоз до 20 — 30х10⁹/л, эозинофилия до 80—90 %), ускорение СОЭ до 30—40 мм/ч.

При гепатохолангитическом варианте острого описторхоза доминируют симптомы поражения гепатобилиарной системы. Более характерно подострое начало, также сопровождающееся высокой температурой, общей интоксикацией, эозинофилией до 40 — 60%. Больные жалуются на боли в правом подреберье (иррадиирующие в спину, правое плечо), реже — в эпигастральной области. Печень увеличена, болезненна при пальпации. Симптомы Ортнера, Керра, Мюссэ часто положительные. Более чем у 80% больных выявляется цитолитический синдром с повышением активности аминотрансфераз (АЛТ, АСТ) в 2—7 раз по сравнению с нормой, развивается мезенхимально-воспалительный печеночный синдром, может наблюдаться холестаз.

Гастроэнтероколитический вариант острого описторхоза характеризуется непродолжительным лихорадочным периодом. В большей степени выражены изменения со стороны желудка и кишечника. Больные жалуются на боли и ощущение тяжести в эпигастрии, тошноту, рвоту, изжогу, отсутствие аппетита, появляются частый жидкий стул, метеоризм, боли вокруг пупка и по ходу толстой кишки. При фиброгастроскопии обнаруживают эрозивно-геморрагический гастродуоденит, язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Часто различные формы поражения ЖКТ сочетаются.

У некоторых больных в клинической картине в острой фазе описторхоза доминируют симптомы поражения легких — так называемый легочный вариант болезни. Возбудитель в данном случае в легочной ткани отсутствует, а патологический процесс носит аллергический характер. Поражение легких в острой стадии описторхоза протекает по типу астмоидного бронхита, очаговых поражений по типу мигрирующих эозинофильных инфильтратов, васкулита. Иммунопатологические реакции лежат также в основе развития (правда, в редких случаях) аллергического миокардита, поражения почек с появлением при остром описторхозе протеинурии, микрогематурии, цилиндрурии.

Хронический описторхоз

Хронический описторхоз клинически проявляется преимущественно симптомами хронического холецистита, гастродуоденита (в том числе эрозивно-язвенного), панкреатита. Холецистопатический вариант заболевания встречается в 72 % случаев и протекает по типу хронического рецидивирующего холецистита, холангиохолецистит с присоединением в некоторых случаях симптомов гепатита. Ведущие клинические проявления — болевой и диспепсический синдромы: постоянные боли в правом подреберье, часто описываемые больными как ощущение тяжести, давления или, наоборот, интенсивные, приступообразные, напоминающие желчную колику, иррадиирующие в правую половину грудной клетки, возникающие после погрешностей в диете (употребление жирной, жареной, острой пищи). У большинства больных (80—90%) отмечается диспепсический синдром. Объективное обследование также позволяет выявить симптомы поражения билиарной системы: болезненность при пальпации в точке желчного пузыря, положительные симптомы Керра, Мерфи, Ортнера.

Для большинства больных (> 80%) с длительностью инвазии 5 лет и более характерна гипомоторная дискинезия желчного пузыря. Наличие воспалительных дискинетических изменений со стороны билиарной системы подтверждается при

проведении инструментальных исследований: УЗИ желчного пузыря, фракционного хроматического дуоденального зондирования, гепатобилисцинтиграфии.

Желудок и кишечник не являются местом постоянного обитания описторхисов, однако вовлекаются в патологический процесс более чем в 90% случаев, что проявляется признаками гастродуоденита и клинической дисфункции.

Симптомы вовлечения поджелудочной железы наблюдаются при хроническом описторхозе у 2/3 пациентов. Объясняется это не только наличием описторхисов в протоках поджелудочной железы у 1/3 больных, но и тесной анатомо-функциональной связью железы с гепатобилиарной системой и гастродуоденальной зоной. У больных описторхозом функциональные и морфологические изменения двенадцатиперстной кишки, а также характерные морфологические изменения фатерова соска способствуют развитию патологического билиарно-панкреатического и панкреатобилиарного рефлекса.

Из симптомов системного характера для клинической картины описторхоза характерны астеновегетативный и аллергический синдромы. Описторхозная инвазия может приводить к нарушению деятельности ЦНС и вегетативной нервной системы, о чем свидетельствуют частые жалобы больных на повышенную утомляемость, раздражительность, бессонницу, головную боль, головокружение. Наблюдаются признаки лабильности вегетативной нервной системы: потливость (часто локальная — потные руки), слюнотечение, выраженный дермографизм, тремор век, языка, пальцев рук, проявления вазомоторных сосудистых реакций, субфебрильная температура. В ряде случаев неврологическая симптоматика выступает на первый план, и больным ставят диагноз нейроциркуляторной дистонии, вегетативного невроза и т.д.

Некоторые авторы выделяют особую форму хронического описторхоза, которая протекает под маской нейроциркуляторной дистонии (НЦД) по кардиальному типу, при этом поражение гепатобилиарной системы уходит на второй план. Астенический синдром почти всегда сопровождает кардиальные проявления. Он проявляется в жалобах на быструю физическую и умственную утомляемость, общую слабость. Необходимо отметить, что у больных вторичной НЦД при хроническом описторхозе выявляется четкое несоответствие между обилием жалоб и скудной объективной симптоматикой.

Аллергический синдром при хроническом описторхозе может проявляться кожным зудом, крапивницей, рецидивирующим отеком Квинке, артралгией, пищевой аллергией, умеренной эозинофилией.

К тяжелым осложнениям описторхоза относятся: гнойно-деструктивный холангит и холецистит, желчный перитонит, абсцессы печени, цирроз печени, первичный рак печени; возможны осложнения и со стороны поджелудочной железы: острый деструктивный панкреатит, очень редко — рак поджелудочной железы.

Диагностика описторхоза

Поскольку клинические проявления описторхоза характеризуются неспецифичностью и большим полиморфизмом симптомов, диагностика сопряжена со значительными трудностями. Обязательно учитывают эпидемиологический

анамнез: проживание или пребывание когда-либо в эндемичном очаге, употребление в пищу плохо термически обработанной рыбы карповых пород (мороженой, соленой, вяленой и т.д.), принадлежность к группе повышенного риска — рыбаки, этнические группы (ханты, манси, ненцы, коми и др.).

В комплексное обследование, помимо тщательного сбора анамнеза и осмотра, должны включаться следующие инструментально-лабораторные исследования:

1. Клинический анализ крови

2. Биохимический анализ крови:

- исследование печеночных проб (уровень билирубина и его фракций)
- активность аминотрансфераз (АЛТ, АСТ)
- щелочная фосфатаза
- исследование белкового состава плазмы
- определение уровня холестерина
- α -амилаза крови

3. Общий анализ мочи

4. Копрология

5. Фиброгастродуоденоскопия

6. Комплексное УЗИ органов брюшной полости

7. ИФА исследования крови на наличие антител к *Opisthorchis felinus*

8. Рентгенологические исследования, КТ, эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография, радиоизотопные, аллергологические и другие методы исследования (по показаниям)

Лечение и профилактика описторхоза

Лечение описторхоза только комплексное. Оно включает 3 этапа:

I этап - подготовительный (базисная патогенетическая терапия). Задачами 1-го этапа являются купирование аллергического синдрома, воспаления желчевыводящих путей и ЖКТ, обеспечение адекватного оттока из желчевыводящих путей и протоков поджелудочной железы, проведение дезинтоксикационной терапии, а также патогенетической (по ведущим синдромам).

От качественного проведения этого этапа во многом зависит эффективность следующего.

Основополагающие 1 этапа:

- диета с ограничением жиров;
- десенсибилизирующая терапия (антигистаминные препараты);

- дезинтоксикационная терапия (внутривенные инфузии гемодеза, 5% раствора глюкозы, солевых растворов);
- по показаниям (при присоединении симптомов вторичной инфекции) назначают антибиотики широкого спектра действия коротким (5-дневным) курсом;
- для улучшения дренажа билиарной системы используют желчегонные препараты с учетом типа дискинезии желчевыводящих путей: холеретики, холекинетики, препараты смешанного действия.

Продолжительность подготовительной патогенетической терапии, объем назначаемых лекарственных препаратов зависят от фазы инвазии, тяжести течения и клинической формы болезни, наличия сопутствующих заболеваний, непереносимости лекарственных препаратов и других факторов у конкретного больного. В хронической фазе при субклиническом течении, при ремиссии холангита, холецистита подготовительная терапия проводится в течение 10—14 дней, при холангите, панкреатите, гепатите — 2—3 недели.

II этап - специфическая химиотерапия. Единственным средством специфической терапии описторхоза остается празиквантел (билтрицид) — производное изохинолина. Это высокоэффективный антигельминтик широкого спектра, действующий на большинство трематод и цестод. Механизм его действия заключается в повышении проницаемости клеточных мембран паразитов для ионов кальция, что приводит к развитию спастического паралича мышц гельминтов, откреплению их от стенок холангиол и последующей эвакуации с желчью. Препарат быстро всасывается при приеме внутрь; максимальная концентрация в плазме наблюдается через 1—2 ч. Он быстро метаболизируется; выводится почками преимущественно в виде метаболитов в течение 4 суток, при этом до 70% — впервые 24 ч. В небольшом количестве поступает в материнское молоко. У пациентов с нарушением функции почек возможно замедление выведения препарата. Можно его назначать и кормящим матерям, но в дни лечения и в течение 48 ч после его окончания необходимо отказаться от грудного вскармливания.

Таблетки принимают внутрь, не разжевывая и, приняв небольшое количество пищи, запивают жидкостью (50—100 г хлеба, пряника и 100—200 мл чая, киселя, молока и т.д.). На 2-й день, через 3—4 ч после приема последней дозы препарата назначают дуоденальное зондирование или слепое зондирование с минеральной водой, сорбитом, ксилитом (тюбаж) — для эвакуации описторхисов. С этого момента начинается ранняя реабилитация.

При приеме препарата в ближайшие часы могут возникать побочные реакции: боли в области живота, головная боль, головокружение, слабость, ощущение легкого опьянения, утрудненности, нарушения координации, расстройства сна, тошнота, горечь во рту, иногда рвота (о чем необходимо тут же сообщить врачу с точным указанием времени приема препарата и временем рвоты, чтобы учесть концентрацию препарата), кожный зуд, аллергические высыпания, повышение температуры.

III этап - реабилитационный (восстановительный) этап. После лечения билтрицидом особое внимание уделяется беззондовому дуоденальному зондированию (тюбажи с ксилитом, сорбитом, сернокислым магнием, минеральной водой) ежедневно в течение 1-й недели, далее 1—2 раза в неделю (до 3 месяцев). В течение всего этого периода контролируют стул, который должен быть ежедневным (при необходимости назначают слабительные средства). Комплекс

реабилитационных мероприятий включает также прием гепатопротекторов, отваров желчегонных трав (3—4 месяцев), при необходимости применяют спазмолитики, антихолестатические препараты и другие патогенетические средства.

Профилактика описторхоза

Основными мероприятиями по борьбе с *описторхозом* являются защита водоемов от загрязнения продуктами жизнедеятельности, санитарный надзор за продажей рыбы и морепродуктов и их приготовлением. Необходимо избегать употребления в пищу сырой или полусырой рыбы.

Профилактикой описторхоза является исключение из пищи необеззараженной рыбы.

Обеззараживание рыбы достигается:

- замораживанием в течение 7 ч при -40°C или в течение 32 ч при -28°C ;
- солением в растворе соли плотностью 1,2 г/л при 2°C в течение 10—40 суток (в зависимости от массы тела рыбы);
- нагреванием (варка) не менее 20 мин с момента закипания.

Промежуточный хозяин	Характеристика	Диагностика	Профилактика
Раки, речные крабы, креветки, мидии	Парагонимус-легочный сосальщик. Вызывает «непонятные» пневмонии, возможны мозговые формы	Яйца в мокроте и кале	Варить не менее 30-40 минут
Сиг, хариус, толстолобик	Метагонимус. Кишечный сосальщик, до 2,5 мм.	Яйца в кале	Правильная обработка рыбы
Кета, горбуша, лосось, кипуч и др. лососёвые	Нанофиетус, лососёвый сосальщик, грушевидной формы, до 2 мм. Поражает тонкий кишечник.	Яйца в кале	Правильная обработка рыбы
Водоросли в стоячей воде стариц, озёр	Фасциола - печёночная и гигантская, от 2-7 см, пазит ЖВП. Опасная инвазия, протекающая под маской гепатита, астмы, анемии, лейкоза	Яйца в кале и паразит в ЖВП	Не пить стоячую воду. Привозную зелень мыть и обдавать кипятком
Форель, щука, окунь, налим, сиг, ёрш, язь, судак, лосось, бычок. Мясо и икра отряда хищных рыб	Широкий лентец-отряд цепней. Паразит тонкого кишечника длиной до 12-15 метров. Вызывает анемию, явления кишечной непроходимости, запоры,	Яйца и стробилы (членики) в кале	Правильная обработка рыбы

	поражение боковых рогов спинного мозга.		
Отряд карповых: язь, лещ, карп, сазан, чебак, линь. Верховка, жерех, усач, красноперка	Описторх, клонорх, меторх-описторхиды - паразиты ЖВП	Яйца в кале и паразит в ЖВП	Правильная обработка рыбы

Таблица составлена по материалам журнала «Медицинская паразитология», монографий д.м.н. Л.С. Лейкиной, ак. К.И. Скрябина убедительно свидетельствует о катастрофическом положении дел в хрустально-чистом, как считалось всегда, мире рыб.

Оздоровление очагов описторхоза.

Оздоровление очагов описторхоза имеет решающее значение в борьбе с инвазией. Впервые Е. С. Шульман сообщил об опыте оздоровления очага описторхоза на Украине в Велико-Писаревском районе Сумской области, применив для этого комплекс оздоровительных мероприятий, включающий лечение людей, массовое санитарное просвещение, а также улучшение санитарного состояния поселков. Авторы сообщили о хорошем и стойком эффекте проведенных мероприятий, однако, к сожалению, наблюдения в этом очаге продолжались недолго. Спустя несколько лет аналогичную работу провели в одном из районов Днепровского очага Г. Е. Новак и А. Г. Пилипенко.

Широкие мероприятия по борьбе с инвазией в Казахстане были развернуты А. М. Пантюховым в Павлодарской области, где удалось заметно снизить уровень пораженности населения описторхозом.

На севере Тюменской области работа по оздоровлению небольших коллективов с включением лечения и санитарного просвещения была проведена В. А. Золотухиным. Уровень инвазии был снижен в 2 раза, однако дальнейшие наблюдения в очаге были приостановлены. В центральном Приобье (Томская область) большая работа по массовому оздоровлению населения от описторхоза была проведена В. Д. Завойкиным. Дегельминтизация больных описторхозом людей сочеталась с широкой санитарно-просветительной работой. Уровень пораженности населения в приобских поселках удалось снизить более чем в 2 раза, однако спустя 5 лет пораженности населения описторхозом почти вернулась к первоначальному уровню, что отражает недостаточную эффективность санитарно-просветительных мероприятий.

В результате 5-летней оздоровительной работы, проводимой в низовьях реки Конды (Тюменская область), удалось снизить пораженность населения описторхозом более чем в 2 раза (с 75 до 34%). Целенаправленное санитарное просвещение привело к изменению бытовых навыков населения, в результате чего число жителей, употребляющих в пищу необеззараженную рыбу, снизилось с 48 до 14%. При этом, однако, авторы отмечают, что пораженность рыбы осталась на прежнем уровне, т. е. риск заражения людей не уменьшился.

Первые опыты по оздоровлению населения на сравнительно небольших территориях в Обь-Иртышском бассейне указывают на недостаточность включения

в комплекс мероприятий по борьбе с описторхозом только лечения больных и санитарного просвещения.

Этим мероприятиям обязательно должны сопутствовать охрана окружающей среды от загрязнения яйцами гельминта, предотвращающая их попадание в биотопы промежуточного хозяина. Борьба с моллюсками и свободноплавающими личиночными стадиями описторхисов, предотвращающая заражение дополнительных хозяев, а также дегельминтизация домашних плотоядных животных (прежде всего кошек и собак), роль которых в загрязнении окружающей среды яйцами описторхисов все же достаточно высока.

Вывод

Описторхоз является одним из самых распространенных паразитарных заболеваний, особенно на территории Российской Федерации. *Описторхоз* распространяется, как правило, там, где развито рыбно - промысловое хозяйство, так как заражение наступает при употреблении в пищу сырой, малосоленой рыбы. Самым опасным регионом по распространенности описторхоза является Западная Сибирь, так же, зарегистрирована повышенная заболеваемость у жителей, тех районов, которые расположены рядом с бассейнами таких рек как Кама, Волга, Урал, Днепр, и т.д. В последнее время заболеваемость *описторхозом* участилась и получила более широкое распространение, нанося тем самым огромный социально-экономический ущерб. Это связано с тем, что не соблюдается строгий санитарный надзор за продажей рыбы и приготовлением продуктов из рыбы, открытием множества японских ресторанов, меню которых содержит рыбную продукцию. Распространенность *описторхоза*, большая продолжительность жизненного цикла паразита (более 40 лет) в организме хозяина, многообразие вызываемых им клинических проявлений, высокий риск осложнений определяют важность этой проблемы, необходимость раннего выявления данного заболевания и проведения соответствующего лечения. Мы узнали, в чем опасность описторхоза и,

подведем итог:

- печень разрушается (снижается выработка ферментов, белка, синтез холестерина, нарушается антиоксидантная функция печени);
- поджелудочная железа снижает выработку ферментов, в том числе и инсулина;
- желудок и кишечник вовлекаются в патологический процесс, несмотря на отсутствие там этих паразитов. Развиваются гастриты, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, воспаления пищевода;
- страдает кожа (кожный зуд, зуд вокруг рта, глаз, возникают трещины, происходит развитие псориаза);
- развивается бронхиальная астма, сахарный диабет, риск возникновения рака печени и поджелудочной железы.

В заключение еще раз следует подчеркнуть возросшую роль описторхоза как тяжелого массового заболевания на современном этапе, в условиях бурного развития народного хозяйства страны. Перед учеными-гельминтологами стоит задача более детального и всестороннего изучения проблемы описторхоза и разработки эффективного комплекса мер борьбы с заболеванием и его

профилактики. Необходима оценка социально-экономического ущерба, наносимого описторхозом народному хозяйству, особенно в новых районах экономического освоения Западной Сибири. На повестке дня остро стоит задача прогнозирования изменений описторхозной ситуации на больших территориях Европейской части РФ и в Западной Сибири и Казахстане в связи с проектированием и строительством крупнейших гидросооружений. Далеко не завершена типизация очагов описторхоза. Совершенно не исследованы вопросы, связанные с субвидовой структурой вида, в частности со штаммовыми различиями, и вопросы расовой восприимчивости промежуточного хозяина к штаммам возбудителя, а также возможные штаммовые различия реакции паразитов на антигельминтные препараты.

Борьба с описторхозом - задача общегосударственная и она должна решаться в общегосударственных масштабах.

Литература.

1. «Медицинская паразитология», монографий д.м.н. Л.С. Лейкиной, ак. К.И. Скрябина;

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

Кафедра поликлинической терапии и семейной медицины с курсом ПО

Рецензия на реферат ординатора второго года обучения специальности Общая врачебная практика (семейная медицина) Тепнадзе Лии Эдуардовны : « Описторхоз»

Рецензия на реферат — это критический отзыв о проведенной самостоятельной работе ординатора с литературой по выбранной специальности обучения, включающие анализ степени раскрытия выбранной тематики, перечисление возможных недочетов и рекомендации по оценке. Ознакомившись с рефератом, преподаватель убеждается в том, что ординатор владеет описанным материалом, умеет его анализировать и способен аргументированно защищать свою точку зрения. Написание реферата производится в произвольной форме, однако, автор должен придерживаться определенных негласных требований по содержанию. Для большего удобства и повышения наглядности качества работ, нами были введены стандартизированные критерии оценки рефератов.

Основные оценочные критерии рецензии ординатора второго года обучения специальности общей врачебной практики (семейная медицина):

Оценочный критерий	+/-
Структурированность	+
Наличие орфографических ошибок	+
Соответствие текста реферата по теме	+
Владение терминологией	+
Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
Логичность доказательной базы	+
Умение аргументировать основные положения и выводы	+
Круг использования известных научных источников	+
Умение сделать общий вывод	+

Итоговая оценка: положительная / отрицательная

Комментарии рецензента:

Подпись рецензента

Подпись ординатора

