

# Трематодозы

- **Описторхоз и клонорхоз**- гельминтозы, характеризующиеся поражением гепатобилиарной системы и поджелудочной железы
- **Этиология:** возбудитель – трематоды печени (сосальщико, двуустки)- *Opisthorhis felineus* и *Clonorchis sinensis*- плоские гельминты, длиной 5-20мм, шириной 1-4мм, яйца мелкие до 0,026- 0,01 мм
- В России распространены в бассейнах рек: Оби, Иртыша, Волги, Камы
- В Восточно-азиатском регионе- *Opisthorhis viverrini*  
*Clonorchis sinensis*

# Возбудитель описторхоза



# Эпидемиология и цикл развития(1)

- Источником инфекции являются человек и животные, выделяющие во внешнюю среду яйца возбудителя с фекалиями
- Возбудители паразитируют в желчных протоках печени и поджелудочной железы человека, домашних ( кошки, собаки) и диких животных( лисы, норки, ондатры)
- Яйца, содержащие личинки, продолжают свое развитие в пресных водоемах в пресноводных моллюсках, затем в рыбах семейства карповых( язь, плотва, елец, лещ, карась).

# Эпидемиология и цикл развития(2)

- Заражение человека происходит при употреблении сырой или недостаточно термически обработанной, слабосоленой или мороженой рыбы
- Коренные народы Севера употребляют в пищу рыбу в мороженном виде
- В Корее, Китае, Вьетнаме широко распространены блюда из сырой рыбы, что ведет к заражению клонорхозом
- Уровень пораженности населения трематодозами печени определить сложно из-за большого количества субклинических форм болезни

# Патогенез

- При заражении паразиты оседают в 12-ти перстной кишке, а затем через Фатеров сосок мигрируют в желчные протоки, желчный пузырь, протоки поджелудочной железы
- В течение 3-4 недель достигают половой зрелости и начинают откладывать яйца
- В ранней стадии- токсико-аллергический синдром
- Желчные протоки отекают, десквамация и пролиферация эпителия
- Хроническая стадия-холангит, каналикулит поджелудочной железы, фиброз

# Клиника(1)

- Инкубационный период 2-3 недели
- Стертая форма протекает с субфебрилитетом и эозинофилией
- Острая стадия болезни: острое начало, лихорадка, боли в правом подреберье, эозинофилия, лейкоцитоз, повышение СОЭ, билирубинемия, повышение трансаминаз, щелочной фосфатазы
- Острая стадия развивается у лиц, приехавших из эндемичных водоемов, у местных жителей наблюдается первично-хроническое течение, пораженность которых в очагах достигает 100%

# Клиника(2)

- Хроническая стадия характерна для хронического холецистита, дуоденита и панкреатита
- Ведущие симптомы: болевой синдром, тошнота, сухость и горечь во рту
- При длительном течении- депрессия, ипохондрический синдром
- Обструкция желчных протоков и механическая желтуха, холангит, абсцесс печени, панкреатит
- Имеется связь между описторхозом( клонорхозом) и опухолями гепатобилиарной системы

# Диагностика

- Клинико-инструментальные методы: УЗИ, холецистохолангиография, компьютерная томография
- Паразитологическое исследование: на 4-ой неделе болезни в дуоденальном содержимом появляются яйца гельминтов; реже яйца в фекалиях
- Иммунологические методы недостаточно специфичны и чувствительны



# Лечение

- **Празиквантель** в суточной дозе 40-75 мг/кг массы тела в 2-3 приема
- Контроль эффективности проводят через 3-6 месяцев после лечения путем копроовоскопии и дуоденального содержимого
- Патогенетическое лечение: десенсибилизирующие средства, дезинтоксикационная терапия
- В хронической стадии желчегонные средства, ферментные препараты, диетотерапия

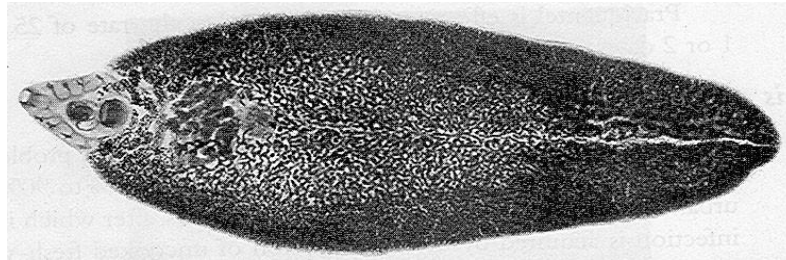
# Фасциолез

- **Фасциолез-** гельминтоз, характеризующийся поражением желчновыделительной системы
- Распространен во всех регионах мира, больше в странах Азии, Африки и Южной Америки
- С высоким риском заражения проживает 180 млн. человек; от 2,4-17 млн. заражены фасциолезом
- В 1983 году на Кубе была крупная вспышка, связанная с употреблением кресс-салата
- В Европе болезнь встречается Португалии и Франции; в России- спорадические случаи

# Этиология и цикл развития(1)

- Возбудители 2 вида трематод: *Fasciola hepatica*- двуустка печеночная и *Fasciola gigantica*- двуустка гигантская( Вьетнам, Гавайские острова, Африка)
- Яйца выделяются во внешнюю среду незрелые
- Окончательными хозяевами фасциол являются жвачные животные: рогатый скот, свиньи, лошади, реже крысы, а также человек.
- Яйца попадают в пресную воду, из них выделяется мирацидий, далее попадает в моллюск, а через 30-70 дней выходят хвостатые церкарии, затем инцистируются, сохраняются в воде и на растениях

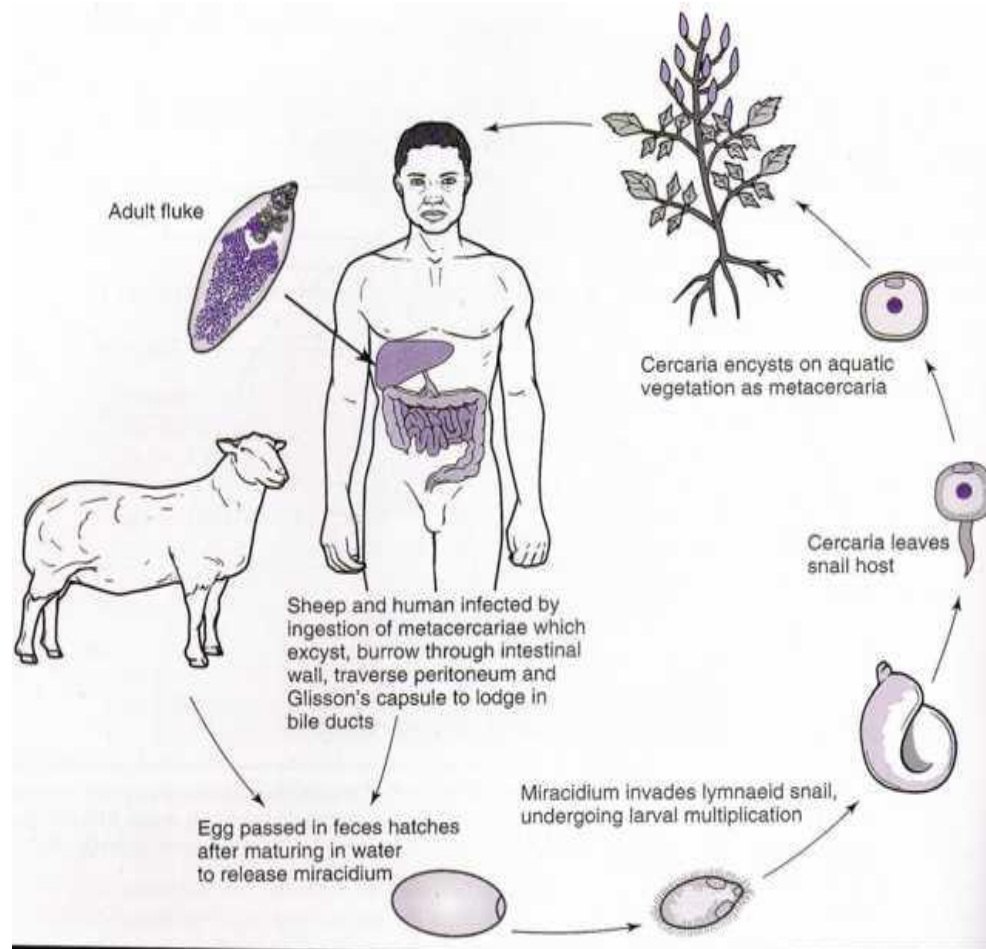
# Возбудитель фасциолеза



# Эпидемиология

- Фасциолез- зооноз
- Источник инвазии для человека овцы и крупный рогатый скот
- Человек заражается адолескариями, которые прикрепляются к стеблям подводных растений или на поверхности воды
- Заражение происходит при питье загрязненной воды, при употреблении овощей и зелени
- Один из наиболее распространенных факторов передачи- кресс-салат

# Цикл развития фасциолеза



# Патогенез

- Личинки фасциол из кишечника мигрируют в печень гематогенно или перитонеально( 4-6 недель)
- Взрослые особи локализуются желчных протоках
- Иногда личинки мигрируют и созревают в другие органы: поджелудочную железу, грудную клетку, подкожную клетчатку, головной мозг.
- В период миграции- токсико-аллергические реакции и травматизация
- В печени деструктивные изменения, абсцессы, холангиты, фиброзные изменения, обструкция, присоединение вторичной инфекции

# Клиника(1)

- Инкубационный период 1-8 недель
- **Острая стадия:** острое начало, температура, озноб, интоксикационный синдром
- Кашель, приступы бронхоспазма
- Боли в правом подреберье, тошнота, рвота
- Печень увеличена, плотная, болезненная, желтуха, спленомегалия, асцит
- На коже уртикарные высыпания
- В крови: лейкоцитоз, гиперэозинофилия, анемия
- Субфебрилитет держится несколько месяцев



# Клиника(2)

- **Хроническая стадия.**
- Боли в правом подреберье, эпигастральной области диспептические явления
- Часто возникает осложнение в виде присоединения вторичной инфекции желчевыводящих путей
- Боли становятся приступообразные, сопровождаются лихорадкой, лейкоцитозом
- При длительном течении- нарушение функции печени, анемия
- **Субклиническое** течения у части больных

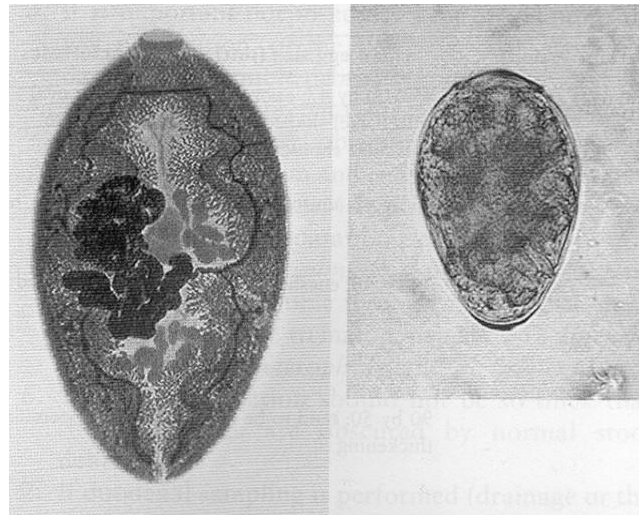
# Диагностика и лечение

- **В острой стадии**- сероиммунологические реакции: РНГА, РИФ, ИФА
- **Через 3-4 месяца** после заражения овоскопическое исследование дуоденального содержимого и фекалий
- **В острой стадии**- десенсибилизирующие средства
- Антигельминтная терапия: Албендазол и Празиквантель- недостаточно эффективны
- Испытывается новый препарат- **триклабендазол**

# Парагонимоз

- **Парагонимоз**- гельминтоз, поражающий органы дыхания, иногда головной мозг и другие органы
- Около 22млн. человек поражено парагонимозом
- Эндемические очаги- Азия( Китай, Корея, Лаос), Южная Америка( Эквадор, Перу)
- В России- Хабаровский и Приморский край
- Возбудитель(*Paragonimus spp.*)- трематоды 9 видов
- В России очаги парагонимоза представлены возбудителями: *P. westermani* и *P. skrjabini*

# Возбудитель парагонимоза



# Эпидемиология

- Развитие происходит со сменой 2-х хозяев
- Окончательные хозяева( человек, крыса, свиньи, собаки, дикие животные)- выделяют яйца гельминта при заглатывании мокроты с фекалиями
- В воде- промежуточные хозяева-моллюски
- Церкарии( из моллюсков) внедряются в пресноводные крабы и креветки
- Человек и другие окончательные хозяева заражаются при употреблении недостаточно термически обработанные пресноводные ракообразные

# Патогенез

- Метациркарии выходят из цист в 12-ти перстной кишке, проникают в брюшную полость и через диафрагму в легкие, где они созревают и выделяют яйца через 5-6 недель
- В паренхиме легких- гранулематозная реакция и фиброзная капсула( 12 недель), сообщается с бронхом
- В капсулах- кисты около 1см, внутри гельминты
- Капсулы локализуются у корня легких и по периферии, поражение перибронхиальных тканей ведет к развитию бронхоэктазов и пневосклероза

# Клиника(1)

- Инкубационный период 2-3 недели
- На ранних стадиях клинических проявлений нет
- В острой стадии, в период миграции, при массивном заражении возникает лихорадка, миалгии, боли в животе, гиперэозинофилия
- Подобная симптоматика сохраняется 3-4 недели
- **Плевропульмональный парагонимоз:** в начальной стадии бессимптомное течение, но появляется эозинофилия и поражение легких при рентгенографии

# Клиника(2)

- При более тяжелых формах появляется очаговая геморрагическая пневмония: одышка, боли в груди, кашель с кровянистой мокротой, лихорадка
- У многих больных развивается экссудативный плеврит
- На рентгенограммах- нечеткая инфильтрация, узелковые и кольцевидные затемнения, полости, очаги обызвествления
- Клинически и рентгенологически напоминает туберкулез легких



# Клиника(3)

- **Эктопический парагонимоз**- причина его неясна, но человек редко бывает окончательным хозяином
- Наиболее опасна локализация в головном мозгу, что может привести к кровоизлиянию, менингиту, отеку головного мозга
- Гранулемы с гельминтами могут находится в печени, селезенке , брюшной полости, по кожей
- Часто происходит сочетание этих форм с поражением легких

# Диагностика и лечение

- **В ранней стадии** клинико-рентгенологические и серологические методы(ИФА)
- **В хронической стадии**- обнаружение яиц гельминта в мокроте, фекалиях, смывах при бронхоскопии, плевральном выпоте
- **ЛЕЧЕНИЕ: Празиквантель** в дозе 75 мг/кг массы тела в сутки в 3 приема-1 день
- Эктопический парагонимоз лечится в стационаре из-за возможного развития осложнений