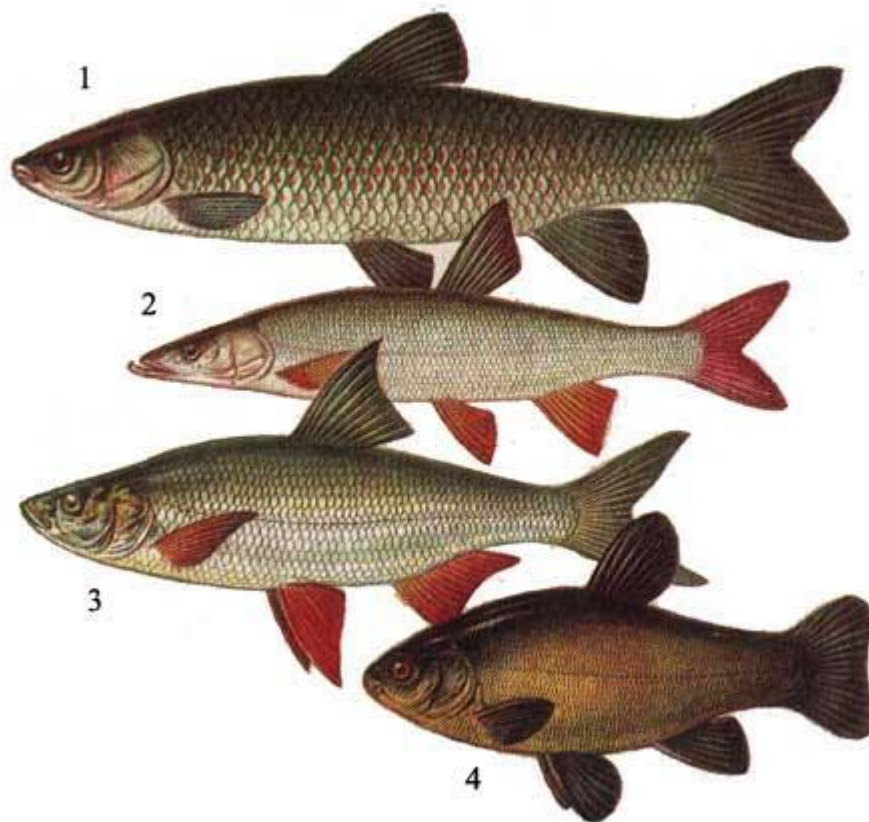


Описторхоз



- Описторхоз - природно-очаговый биогельминтоз с фекальнооральным механизмом передачи возбудителя, который характеризуется преимущественным поражением гепатобилиарной системы, поджелудочной железы и хроническим течением болезни

ЭТИОЛОГИЯ

- Возбудителями описторхоза у человека:
- **O. felineus** - приурочен к речным системам, занимающим пространство от бассейна р.Оби (по последним данным - р.Ангара) до западной оконечности Европы
- **O. viverrini** - охватывает страны Южной и Юго-Восточной Азии (в Таиланде поражено 80% населения)
- Имеет 2 присоски (брюшная, ротовая)
- Нет кровеносной и дыхательной системы
- Гермафродиты

Этиология

- Половозрелые описторхи паразитируют в желчных протоках печени (100%), желчном пузыре (60%) и протоках поджелудочной железы (36%), где питаются выделениями слизистых оболочек, эпителиальными клетками, кровью и различными секретами. Описторхоз, вызываемый *O. felineus* (кошачьей двуусткой), широко распространен в нашей стране. Наиболее крупная эндемичная территория находится в Западной Сибири (бассейн Оби и Иртыша).

Цикл развития



К рыбе семейства карповых относится 23 вида рыб, из которых ведущее значение имеют язь, лещ, карп, чебак, елец, линь, красноперка, сазан, пескарь

Описторхоз – факторы передачи

❖ сырая, недостаточно термически обработанная, малосольная, вяленая рыба семейства карповых, в тканях которых метацеркарии описторхов живут до 2 лет.



Елец (Leuciscus leuciscus)



Линь (Tinca tinca).



Лещ (Abramis brama).



Плотва (Rutilus rutilus)



Язь (Leuciscus idus)



*Серебряный карась
(Carassius auratus gibelio).*



Сазан (Cyprinus carpio).

Патогенез

- В патогенезе описторхоза, как и многих других гельминтозов, прослеживается 2 фазы: ранняя и поздняя.
- **Ранняя фаза** или острый описторхоз длится от нескольких дней до 4-8 и более недель и связана с проникновением личинок (эксцистированных метацеркариев) паразита в гепатобилиарную систему и поджелудочную железу.
- **Поздняя (хроническая) фаза** или хронический описторхоз продолжается многие годы. В патогенезе хронической фазы описторхоза большую роль играют повторные заражения с обострением воспалительного процесса, фиброзом билиарных путей, поджелудочной железы, дистрофией паренхимы печени, ДЖВП, холестазом.

Можно выделить основные механизмы патогенеза описторхоза:

- ☐ механическое воздействие на ткани хозяина
- ☐ рефлекторный механизм
- ☐ иммунологические и иммунопатологические реакции
- ☐ токсическое воздействие продуктов метаболизма описторхисов
- ☐ вторично-инфекционный фактор

Классификация

Описторхоз

Острый

**Инаппартаная
форма**

- ☐ Тифоподобный вариант
- ☐ Гепатохолангитический
вариант
- ☐ Гастроэнтероколитический
вариант

**Клинически
выраженная
форма**

**Латентная
форма**

Хронический

**Клинически
выраженная
форма**

- ☐ холангит
- ☐ холецистит
- ☐ панкреатит
- ☐ гепатит

Острый описторхоз

- Инкубационный период 2-3 недели
- ❑ **Лихорадка** (фебрильная, субфебрильная, до нескольких недель)
- ❑ **Интоксикационный синдром** (слабость, озноб, потливость, снижение аппетита)
- ❑ **Миалгии**. Умеренно выражены. **Артралгии**. В основном больные предъявляют жалобы на боли летучего характера в суставах, артриты редко развиваются.
- ❑ **Экзантема**: уртикарная, мелкоточечная, макулопапулезная, розеолезная. Сыпь локализуется на туловище (грудь, живот, спина) и верхних конечностях. Как правило, сыпь появляется в первую неделю заболевания

Острый описторхоз

- ❑ **Гепатобилиарный синдром:** боли в правом подреберье, иррадиирующие нередко в правую подключичную область или в область правой лопатки. Характер и интенсивность болей бывают различными: тупые, ноющие, давящие, жгучие. Характерны симптомы диспепсического характера (тошнота, рвота, изжога).
- ❑ **Гастроэнтероколитический синдром** наблюдается редко и преимущественно у детей. Начало болезни обычно острое с повышения температуры до 37,5–38° и умеренно выраженных симптомов интоксикации.
- ❑ **Бронхолегочный синдром.** В начальном периоде болезни катаральные проявления со стороны верхних дыхательных путей: гиперемия зева, зернистость задней стенки глотки, насморк. У больных острым описторхозом также встречается астматоидный бронхит и эозинофильные инфильтраты в легких.
- ❑ У всех больных наблюдается лейкоцитоз до 20- 60 тыс., умеренно повышенная СОЭ и эозинофилия- 20-40%, иногда до 90%.

Хронический описторхоз

- Отсутствует интоксикация, лихорадка
- Диспептический синдром (отрыжка, рвота, тошнота)
- Гепатит + кожный зуд, гепатомегалия
- Землисто-серый цвет кожи
- Панкреатит, гастрит, дуоденит, ЯБЖ и ДПК
- Кишечная диспепсия (метеоризм, запоры)
- Астеновегетативный синдром (раздражительность, плаксивость, плохой сон, снижение работоспособности)
- Нервно-психические нарушения (ипохондрия, депрессия, психопатии)

Осложнения

1. Инфицирование желчевыводящих путей
2. Абсцесс печени
3. Желчный перитонит
4. Малигнизация (рак БДС, рак поджелудочной железы, рак печени)

Эпидемиологическая диагностика

- Эпидемиологические критерии диагностики описторхоза
 1. пребывание (даже кратковременное) в очаге описторхоза
 2. употребление в пищу рыбы карповых пород (не только сырой, малосоленой или вяленой, но и недостаточно термически обработанной, а также “неопознанной” рыбы. При остром описторхозе важно установить срок употребления рыбы (обычно за 2 - 4 недели до заболевания), а при хроническом - частоту (возможность суперинвазии)
 3. дополнительным фактом иногда является информация о наличии описторхоза у родственников больного.

Лабораторная диагностика

- ❑ **Общий анализ крови:** наиболее характерной особенностью является **эозинофилия**. В острую фазу описторхоза – по типу лейкомоидной реакции (содержание лейкоцитов может достигать $60,0 \times 10^9$ /л при эозинофилии – до 80-90%). При хроническом течении инвазии содержание эозинофилов часто находится в пределах нормальных значений
- ❑ **Биохимический анализ крови** (исследование печеночных проб (уровень билирубина и его фракций), определение активности аминотрансфераз (АЛТ, АСТ), щелочной фосфатазы, исследование белкового состава плазмы, α -амилазы крови)
- ❑ **Серологические реакции – ИФА.** Выявляются антитела (иммуноглобулины классов М и G) в сыворотке крови больных описторхозом. Используется реакция ИФА с описторхозным антигеном для выявления противоописторхозных антител

Инструментальная диагностика

- ❑ **Дуоденальное зондирование**
(хроматическое) для определения типа ДЖВП, состояния внешнесекреторной функции печени, наличия яиц описторхов
- ❑ **Фиброгастродуоденоскопия**
- ❑ **УЗИ органов брюшной полости**
- ❑ **Рентгенологические исследования, КТ, магнитно–резонансная томография органов брюшной полости**

Лечение

Лечение описторхоза включает:

Режим.

Диета.

Методы медикаментозного лечения:

- средства этиотропной терапии
- средства патогенетической терапии

Лечение

- Необходимым является назначение современных противоаллергических препаратов. Хорошо себя зарекомендовали **блокаторы H1–гистаминовых рецепторов**, которые назначаются во время курса подготовительной терапии, при проведении специфической и по показаниям – в период реабилитации.
- Супрастин, димедрол

Лечение

- **Спазмолитики** назначаются, как традиционные (**Дротаверин, Гиосцина бутилбромид**), так и селективные (**Мебеверина гидрохлорид**).
- При явлениях холестаза назначаются препараты **урсодезоксихолевой кислоты**, адеметионин. По показаниям применяются **прокинетики (метоклопрамид, домперидон)**, ферменты поджелудочной железы, пре- и пробиотики, средства эрадикационной терапии
- На подготовительном этапе с учетом спазмолитического, десенсибилизирующего, нейротрофического и микроциркуляторного действия может использоваться физиотерапевтическое лечение: микроволновая терапия, магнитотерапия (дифференцированно)

Специфическая химиотерапия

- Препараты **празиквантела** применяются в разных дозах: 50, 60 и 75 мг/кг массы тела в 3 приема с интервалом между приемами 4-6 часов.
- При щадящей методике применения празиквантела курсовую дозу делят на 6 приемов в течение 2 сут: 3 приема в 1-е сутки с интервалом 4 ч и 3 — на 2-е сутки. Препарат можно назначать днем или ночью, взрослым — лучше в ночное время (например, в 22, 2 и 6 ч).



Критерии выздоровления/улучшения

- Критериями устранения описторхозной инвазии являются: отрицательные результаты исследования желчи и/или трехкратной копроовоскопии, а также снижение титров специфических антител в ИФА.
- Паразитологическое выздоровление далеко не всегда сопровождается клиническим выздоровлением: у лиц, страдавших описторхозом более 5 лет, жалобы и объективные изменения, имевшие место в период хронической фазы, сохраняются. Объясняется это наличием глубоких морфологических изменений в органах, сформировавшихся в хроническую фазу болезни.

Обеззараживание рыбы гарантируют следующие способы её обработки:

- ☐ Варка рыбы в течение 15-20 мин с момента закипания.
- ☐ Жаренье рыбы небольшими кусками, в распластанном виде, под крышкой, с добавлением большого количества жира в течение 15-20 мин.
- ☐ Приготовление котлет, тефтелей и др. из рыбы 15-20 мин
- ☐ Выпекание пирога с рыбой не менее 60 мин.
- ☐ Посол рыбы не менее 2 недель из расчета 2 кг соли на 10 кг рыбы.
- ☐ 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 нед.

- ❑ Замораживание рыбы весом до 1 кг при температуре -28°C в течение 41 ч, при температуре -35°C – 10 ч. В бытовом холодильнике метациркуляции сохраняют жизнеспособность более месяца.
- ❑ Перед холодным копчением рыбу предварительно обеззараживают путем посола (в течение 2 нед из расчета 2 кг соли на 10 кг рыбы) или замораживания (при температуре -28°C в течение 41 ч, при температуре -35°C – 10 ч)
- ❑ Горячее копчение при температуре $+70-80^{\circ}\text{C}$ в течение 2-2,5 ч.