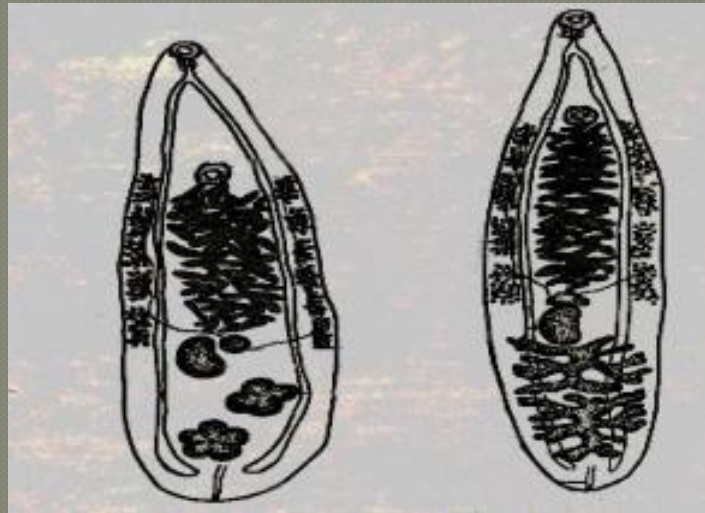


Описторхоз

- Описторхоз — гельминтоз, поражающий преимущественно гепатобилиарную систему и поджелудочную железу, отличающийся длительным течением, протекающий с частыми обострениями, способствующий возникновению первичного рака печени и поджелудочной железы.

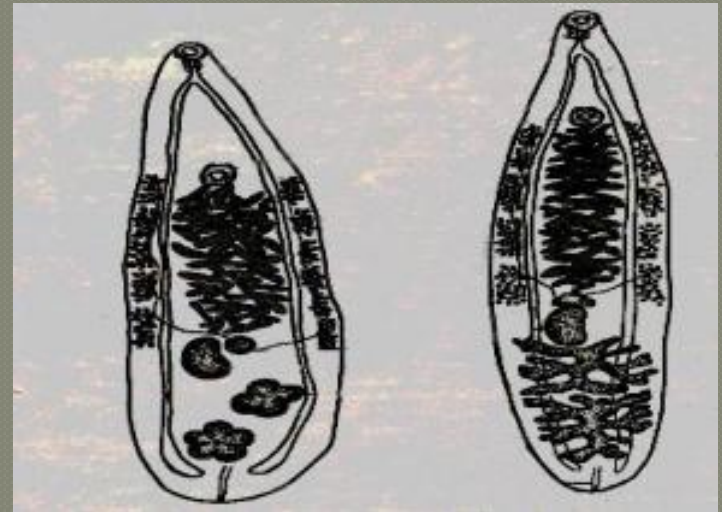


- Возбудитель описторхоза - *Opisthorchis felineus* - двуустка кошачья, двуустка сибирская.

- Имеет плоское тело длиной 4-13 мм и шириной 1,2-3,5 мм.

- Ротовая присоска — у переднего конца тела, брюшная - на границе первой и второй четвертей тела. Яйца бледно-желтой окраски, с нежной двухконтурной оболочкой, с крышечкой на одном полюсе и утолщением

- скорлупы на противоположном
- конце; их размер 0,010—
- 0,019 x 0,023—0,034 мм.



Характеристика

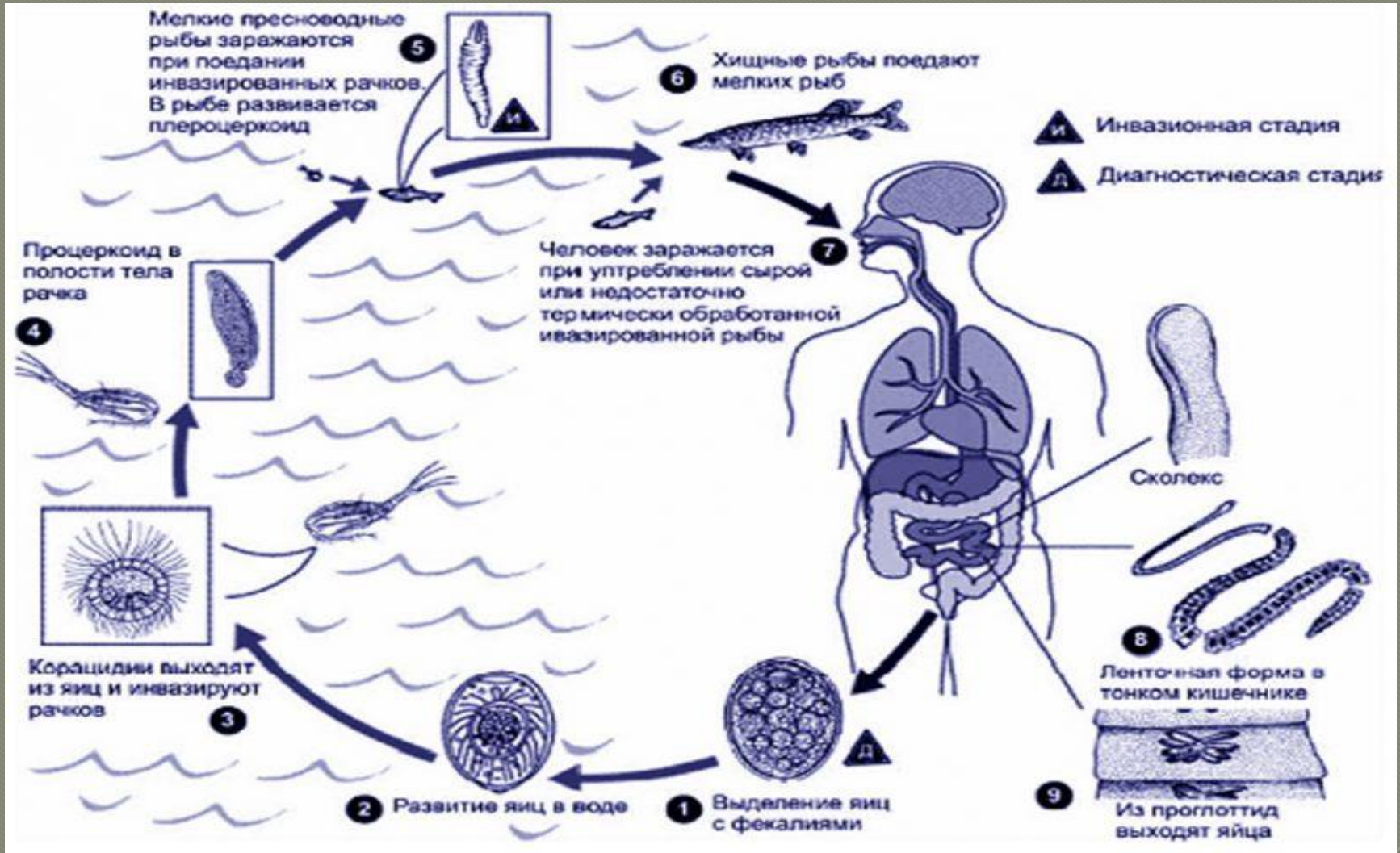
ГЕЛЬМИНТОВ

- Ареал распространения: Описаторхоз часто встречается у населения бассейнов рек Оби и Иртыша (Западная Сибирь, Казахская Республика), Камы (Пермская область), Днепра (некоторые районы Украины), зарегистрирован в бассейнах Волги, Дона, Донца, Северной Двины, Немана. В последнее время наблюдается распространение этого гельминтоза в неэндемичных регионах, что связано с возросшей миграцией населения, ростом удельного веса рыбы в рационе питания, недостаточным контролем за ее переработкой и приготовлением.

- Биогельминт (перроральный)
- Природно-очаговая инфазия

- Человек является окончательным хозяином
- Механизм заражения ф-о, путь передачи алиментарный
- 2 промежуточных хозяина: пресноводные моллюски и рыбы семейства карповых(язь, елец, чебак, плотва, вобла, линь, красноперка, сазан, лещ, густера, подуст, жерех, уклея)

Жизненный цикл



Классификация

- 1. Острый описторхоз:
- 1.1. Латентный.
- 1.2. 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:
- 3.1. Латентный.

- 3.2. Клинически выраженный:
 - а) холангит,
 - б) холангиохолецистит,
 - в) холангиогепатит,
 - г) гепатопанкреатит,
 - д) холангитический цирроз печени.
- 4. Суперинвазия в хронической стадии.
- 5. Реинвазия.
- 6. Резидуальные явления после избавления от описторхоза.

Клиника

- Инкубационный период: 2-4 недели
- Острый период (гиперлейкоцитоз эозинофильного типа и лихорадочная реакция различной степени выраженности (постоянная или ремитирующая лихорадка от субфебрильной до 40-41°C))
- Латентный период (ч/з 2-4 недели): лихорадка исчезает, но появляются боли в правом подреберье

- Тифоподобный вариант: остро, температура 38-39, озноб, при осмотре могут отмечаться легкая субиктеричность, кожные высыпания (розеолезная, розеолезно-папулёзная, петехиальная сыпь), лимфаденопатия, умеренное увеличение печени, селезенки. В лёгких могут обнаруживаться летучие эозинофильные инфильтраты. В анализе крови: лейкомоидная эозинофильная реакция (лейкоцитоз до $20-30 \times 10^9 / л$, эозинофилия до 80-90%), ускорение СОЭ до 30-40 мм/ч.

- Гепатохолангитический: подострое начало, фебрильная температура, больные жалуются на боли в правом подреберье (иррадиирующие в спину, правое плечо), реже - в эпигастральной области. Печень увеличена, болезненна при пальпации. Симптомы Ортнера, Керра, Мюсси часто положительные. Более чем у 80% больных выявляется цитолитический синдром с повышением активности aminотрансфераз в 2-7 раз по сравнению с нормой, развивается мезенхимально-воспалительный печеночный синдром, гипербилирубинемия, может наблюдаться холестаза.
- 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 эрозивногеморрагический гастродуоденит, язвы желудка и ДПК.

Хронический описторхоз

- Хронический холецистит
- Хронический гастродуоденит
- Хронический панкреатит
- Для большинства больных с длительностью инвазии 5 лет и более характерна гипомоторная дискинезия желчного пузыря.
- Аллергический синдром при хроническом описторхозе может проявляться кожным зудом, крапивницей, рецидивирующим отёком Квинке, артралгией, пищевой аллергией, умеренной эозинофилией.

Диагностика

- Копроовоскопия: выявление на 4 неделе после заражения
- паразитологический метод - выявление яиц гельминта и самих описторхисов в дуоденальном содержимом, кроме того, при микроскопии дуоденального содержимого определяется увеличение количества лейкоцитов, эпителиальных клеток, детрита, кристаллов билирубина и холестерина
- серологический метод - ИФА с антигенами гельминта (недостаточно специфичен и чувствителен).

- Дуодельное зондирование.

- Поскольку яйца анкилостомид имеют одинаковое строение, идентификация гельминтов (анкилостом и некаторов) возможна лишь после проведения дегельминтизации и отхождения с калом взрослых особей.

Лечение

- 3 этапа:
- 1) подготовительный (базисная патогенетическая терапия);
- 2) специфическая химиотерапия;
- 3) реабилитационный восстановительный этап.

- 1 этап:
- -диета ЩД
- Десенсибилизирующая терапия
- Холеретики(холензим) или холекинетики(холецистокинин)
- При sd.холестаза- гепатопротекторы (урсофальк)
- Прокинетики(мотилиум)
- Спазмолитики
- 2 этап: празиквантель(бильтрицид) 60 мг/кг в 2-3 према с интервалом в 4 часа в течение 1 суток.

-
- Критериями освобождения от гельминтов являются отрицательные результаты трёхкратной копроовоскопии и однократного дуоденального зондирования (исследования проводятся через 3 и 6 месяцев после лечения). Больные, перенесшие описторхоз, в зависимости от наличия и интенсивности остаточных явлений, находятся на диспансерном наблюдении до 1 года.

Профилактика

- Употребление в пищу обеззараженной рыбы, что достигается термической обработкой, замораживанием, копчением, солением в соответствии с разработанными рекомендациями