

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 терапии ИПО

РЕФЕРАТ: Хронический описторхоз.

Проверила: дмн, проф., Грищенко Елена Георгиевна

Выполнила: Федорова Татьяна Егоровна

Красноярск 2019г.

Содержание:

1. Определение
2. Эпидемиология
3. Классификация
4. Клиническая картина
5. Диагностика
6. Лечение
7. Список литературы

Определение

Описторхоз - зооантропонозный природно-очаговый биогельминтоз из группы трематодозов, с фекально-оральным механизмом передачи возбудителя, преимущественно поражающий гепатобилиарную систему и поджелудочную железу, возбудителями которого являются *Opisthorchis felineus* и *Opisthorchis viverrini*. Путь передачи - пищевой, фактор передачи - рыба семейства карповых (сырая, малосоленая, вяленая, недостаточно термически обработанная). В острой стадии протекает с общими аллергическими явлениями, иногда с поражением внутренних органов, в хронической — с симптомами поражения билиарной системы, гастродуоденитом, панкреатитом.

Этиология и патогенез

Описторхоз — природно-очаговая инвазия. Возбудителями описторхоза являются около трех десятков видов рода *Opisthorchis* (семейство *Opisthorchidae*, отряд *Fasciolata*, класс *Trematoda* - сосальщики, тип *Plathelminthes* [Platodes] - плоские черви, надтип *Scolecida* - низшие черви). Возбудителями описторхоза у человека служат три вида: *O. felineus* - приурочен к речным системам, занимающим пространство от бассейна р.Оби (по последним данным - р.Ангара) до западной оконечности Европы; *O. felineus arvicola* - бассейн р. Шидерты в Казахстане; *O. viverrini* - охватывает страны Южной и Юго-Восточной Азии (в Таиланде поражено 80% населения). 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). Возбудитель описторхоза обнаружен Rivolta в 1884 году у кошек в г. Пизе и назван *Opisthorchis* (*Distomum*) *felineus* (описторхис кошачий). Среди населения Западной Сибири было известно заболевание под названием «обской болезни». В 1891 году профессор Томского университета К.Н. Виноградов при вскрытии

трупа обнаружил неизвестную трематоду. В желчи были обнаружены яйца, похожие на яйца ланцетовидной двуустки, а затем и сам паразит в мелком печеночном протоке. К. Н. Виноградов подробно описал его и назвал сибирской двуусткой (*Distomum sibiricum*). Это и был возбудитель обской болезни. Прозектор Томского университета А.А.Кулябко нашел точно такого же паразита в печени кошки. После открытия К.Н. Виноградовым случаи описторхоза у человека начали описывать и зарубежные авторы во многих странах: Италии, Германии, Голландии, Франции, Болгарии и др. странах. Изучение описторхоза началось в 1929 году после публикации сообщения о 100 больных описторхозом, «прошедших» за 6 месяцев через Тобольскую больницу, что послужило основанием для организации специальных гельминтологических экспедиций под руководством К.И.Скрябина в бассейн Оби и Иртыша, которые обнаружили на этой территории крупнейший очаг описторхоза. Сейчас известно, что из 89 административных территорий РФ в 23 (25,8%) регистрируются случаи описторхоза у человека и имеются условия для его существования в природе (эндемичные территории). В целом случаи заболевания людей описторхозом местного или привозного происхождения зарегистрированы на 87,6% административных территорий России. Самые западные очаги описторхоза – Днестровский и Неманский, расположены на территории Молдовы, Западной Украины, Литвы и Белоруссии. Они сравнительно небольшие по площади, слабой интенсивности. Пораженность населения в них колеблется от долей процента до 10 %. Далее Днепровский очаг (бассейн Днепра и его притоков) – он больше по площади и более интенсивен. Пораженность людей в нем тоже сильно колеблется, однако достигает на отдельных территориях (Сумская обл.) 20-40%. Волжский очаг (бассейн Волги с ее многочисленными притоками) – обширный, но не очень интенсивный, однако, на отдельных территориях, например, в некоторых территориях Татарстана, пораженность населения может достигать 20-30%. Долгое время считалось, что описторхоз вдоль русла Волги распространен более или менее равномерно, однако сейчас стало ясно, что это не совсем так.

Дело в том, что кроме описторхоза в бассейне Волги встречается паразитарное заболевание псевдамфистомоз, возбудитель которого (*Pseudamphistomum truncatum*) очень похож на *O. felineus*, но мы до сих пор не знаем, сколько же в этом громадном речном бассейне «того и другого» и чего больше. В бассейне Северной Двины расположен небольшой Северо-Двинский очаг, где пораженность населения колеблется от 1 до 10-15%. Есть очаги описторхоза в бассейне р. Урал, также средней интенсивности. И, наконец, самый мощный в России и в мире Обской очаг, расположенный в бассейне рек Оби и Иртыша на территориях 12 областей и округов Западной Сибири и Казахстана. Он настолько обширен, что паразитологи до сих пор спорят о том, что собственно, он собой представляет, единый ли это «сливной очаг», некая «очаговая территория», группа более или менее соприкасающихся по притокам очагов со «сливной зоной» вдоль русла Оби, или что-то иное. В этом очаге имеются природные предпосылки, обеспечивающие высокую зараженность рыбы. Это – особенности ландшафта (Западно-Сибирская низменность) и гидрологического режима Оби и Иртыша (неравномерное таяние льдов от верховий к низовьям, длительный паводок, широкая пойма, долгое стояние воды вне русла, хороший ее прогрев и др.), что создает оптимальные условия для размножения моллюсков рода *Codiella* и рыб семейства карповых, играющих основную роль в существовании описторхиса. Имеет значение обилие такой условно годной рыбы в рационе населения и отсутствие у него знаний о правилах обработки рыбы, гарантирующих ее обеззараживание. Самым восточным в России является сравнительно небольшой Иркутский очаг в бассейне р. Бирюсы. Цикл развития *O. felineus*

Строение описторхисов, как и всех сосальщиков, довольно сложное. *O. felineus* – плоский гельминт ланцетовидной формы. Длина его 4-20 мм и ширина - 1-4 мм. Плоское тело описторхиса покрыто кожно-мускульным мешком, не имеет полости и все внутренние органы размещены в рыхлой массе паренхиматозных клеток. Описторхис имеет 2 присоски (ротовую и брюшную), с помощью которых прикрепляется к тканям внутренних органов хозяина. Описторхис не имеет кровеносной системы и органов дыхания, а органы

выделения и нервная система примитивны. Пищей для описторхисов служат эпителиальные клетки протоков печени и поджелудочной железы и кровь. Описторхисы - гермафродиты, имеют и женскую, и мужскую половые системы. Половозрелые описторхисы выделяют до 900 яиц в сутки. Яйца описторхиса выживают в почве до месяца, в фекальных массах в туалетах — более 7 месяцев, на снегу при температуре -6 о -8 оС до 3 сут., в воде пресных водоемов — 15 месяцев (два летних сезона). Яйца описторхисов с уже сформированными личинками выделяются с фекалиями во внешнюю среду, и дальнейшее развитие происходит в пресноводных водоемах, где обитает их промежуточный хозяин - пресноводный моллюск *Codiella inflata* и *Codiella troschelli*. Моллюск с пищей заглатывает яйцо, из которого выходят мирацидии, превращающиеся в спороцисту, затем в редию и, наконец, в хвостатую личинку - церкария. Выход церкарий из моллюсков происходит при температуре воды не ниже $+20$ оС, за день из одного моллюска может выйти до 3,5 тыс. церкарий. Продолжительность жизни свободноплавающих церкарий не превышает 60 ч, период их активности значительно короче. Церкарий покидает тело моллюска и выходит в водоем, где в силу хемо- и фототаксиса прикрепляется к телу своего дополнительного хозяина - рыбы семейства карповых. Известно, что слизь, покрывающая тело рыб разных семейств, отличается по химическому составу. На теле церкарий есть чувствительные волоски, которые реагируют только на химический состав слизи, покрывающей тело рыб семейства карповых, что 18 обеспечивает личинке "узнавание" нужного ей вида рыб. Это биологическое явление называется положительным хемотаксисом и является эволюционно сложившимся механизмом, поэтому внедрение церкарии в рыбу других семейств исключено. К рыбе семейства карповых относится 23 вида рыб, из которых ведущее значение имеют язь, лещ, карп, чебак, елец, линь, красноперка, сазан, пескарь и др. Церкарии проникают через кожные покровы рыбы в мышечную и соединительную ткань (в основном спинной части) и превращаются в метацеркарий, которые окружены двухслойной оболочкой, и через 6 недель достигают инвазионной стадии. Сведения о продолжительности

жизни метацеркарии в рыбе скудны и противоречивы. По данным разных авторов, она варьирует от 1 года до 8 лет и более. Максимальное число метацеркарий в старших возрастных группах язей может достигать 20-30 тыс. в одной особи. В организм окончательного хозяина- человека и животных – метацеркарии описторхисов попадают при употреблении в пищу инвазированной, необезвреженной рыбы. В желудке происходит переваривание наружной капсулы метацеркариев, а под действием дуоденального сока метацеркарии освобождаются от своей внутренней оболочки и через ампулу дуоденального сосочка мигрируют в общий желчный проток и внутрипеченочные желчные протоки. У 20-40% зараженных лиц описторхисы также обнаруживаются и в протоках поджелудочной железы, куда они проникают по вирсунгову протоку. Проникшие в гепатобилиарную систему и поджелудочную железу метацеркарии через 3-4 нед. достигают половой зрелости и начинают продуцировать яйца. Число паразитов у одного человека может быть от единиц до десятков тысяч. Весь цикл развития описторхиса от яйца до половозрелой стадии занимает 4-4,5 мес. Круг дефинитивных хозяев паразита широк и насчитывает 34 вида рыбоядных млекопитающих. Из домашних животных это кошка, собака, свинья, из диких – лисица, волк, корсак, песец, бурый медведь, горноста́й, соболь, росомаха, хорь, бобр и др. Особенно велика эпидемиологическая роль околотовных животных: водяная полевка, норка, выдра, ондатра.

Классификация и клинические формы заболевания.

Общепризнанной классификации описторхоза не существует. Различают:

- **Острый описторхоз** - от нескольких дней до 4—8 нед и более, связанный с миграцией личинок паразита и развитием токсико-аллергического синдрома на метаболиты, выделяемые личинками:
 - Латентный – 8-13 суток
 - Период развернутой клинической картины (разгар болезни) – 16-40 суток.

- Период восстановления нарушенных функций – 1,5-9 месяцев
- Период последствий и исходов – 7- 9 месяцев: выздоровление, переход в хроническую форму
- **Хронический описторхоз** - продолжается 15—25 лет и даже пожизненно.

Варианты течения острого описторхоза:

- холангический
- гепатохолангический
- тифоподобный
- бронхолегочный – эозинофильные инфильтраты легких, астмоидный бронхит

Варианты течения хронического описторхоза:

- холангиохолецистит
- холангиогепатит
- панкреатит
- гастродуоденит
- гастродуоденит

Суперинвазионная форма описторхоза - накопление паразитов в печени в результате повторного поступления метацеркарий, вследствие чего интенсивность инвазии напрямую зависит от количества суперинвазий и их объема.

Реинвазия – повторное заражение описторхозом после излечения.

Рецидивная форма описторхоза – возникает после полной дегельментизации при отсутствии реинвазии за счет ранее «пассивных», которых подавляли «активные» паразиты.

Резидуальный период описторхоза - особенности проявлений заболевания после дегельминтизации.

Субклиническая форма описторхоза - выявляется случайно, когда при исследовании периферической крови отмечается выраженная эозинофилия

Хронический описторхоз – это системное заболевание, не ограничивающееся только патологией органов обитания паразита, оказывающее аллергическое, механическое, нейрогенное воздействие с возможным присоединением вторичной инфекции. Клиническая картина описторхоза многообразна. В эндемичных по описторхозу очагах у коренных жителей и у длительно проживающих (в течение нескольких поколений) местных жителей клинически выраженная острая фаза болезни чаще не выявляется, в то время как у вновь прибывших из благополучных по описторхозу местностей острая фаза описторхоза наблюдается почти всегда, что объясняется формированием иммунологической толерантности супрессорного типа у аборигенов. При клинически выраженном остром описторхозе у больных наблюдается лихорадка от субфебрильной до фебрильной длительностью от 3–4 дней до нескольких недель, интоксикационный синдром, умеренные артралгии и миалгии, экзантема различного характера, гепатобилиарный синдром: боли в правом подреберье (тупые, ноющие, давящие, жгучие), желтуха — от субиктеричности до интенсивной, кожный зуд, гепатомегалия, у части больных выявляются положительные пузырьные симптомы. Характерны симптомы диспепсического характера (тошнота, рвота, изжога). Характерны цитолиз, холестаз, развитие мезенхимально-воспалительной реакции. Одним из проявлений острого описторхоза может быть бронхолегочный синдром: катаральные проявления со стороны верхних дыхательных путей (гиперемия зева, зернистость задней стенки глотки, насморк), астматоидный бронхит, эозинофильные инфильтраты в легких и экссудативные плевриты. Реже наблюдается гастроэнтероколитический синдром, характеризующийся субфебрильной лихорадкой, умеренно выраженный интоксикацией и преобладанием симптомов

поражения желудочно-кишечного тракта (боли в эпигастрии, изжога, тошнота, рвота, частый жидкий стул, иногда с примесью слизи). Характерны лейкоцитоз до 20×10^9 л, умеренно повышенная скорость оседания эритроцитов (СОЭ) и эозинофилия — 20–40%, иногда до 90%.

Хронический описторхоз не имеет специфических черт, его клинические маски многолики. Заболевание, преимущественно, манифестирует хроническим холециститом, хроническим панкреатитом, эрозивным гастродуоденитом, кишечной диспепсией. Характерны различные аллергические реакции и кожные проявления: уртикарная сыпь (48,5%), папулезно-везикулярная (26%), эритематозно-сквамозная (20,8%), геморрагическая (3,9%). Отмечается астено-вегетативный синдром.

ОСЛОЖНЕНИЯ. Холангиокарцинома и рак желчных протоков и поджелудочной железы - основных органов паразитирования описторхиев.

ДИАГНОСТИКА. Трудности диагностики описторхоза являются на сегодняшний день серьезной проблемой клинической практики. **Достоверным критерием диагноза описторхоза является нахождение яиц описторхиев в желчи или кале больного.** Из копроовоскопических методик рекомендуется применение метода "толстого" мазка (по Като), методов обогащения: флотации (Фюллеборна, Калантарян) и осаждения. Появились новые технологии выявления яиц гельминтов в кале методом высокого концентрирования с использованием фильтрующих пробирок. Фильтрующие пробирки PARASEP позволяют достичь высокого уровня концентрирования яиц независимо от их плотности и размера (при флотации решающее значение имеет именно плотность яиц). Фильтрующие пробирки снабжены автоматической станцией для микроскопирования кала FE5 (FE2), DiaSys (Англия), предназначенной для анализа кишечных паразитов методом визуального микроскопирования в проточной кювете. **Однако стоит отметить, что самая высокая частота**

выявления описторхоза отмечается при дуоденальном зондировании (8,86 - 20,8%), чем при копроовоскопическом исследовании (0,2 – 0,8%). Паразитологическое подтверждение диагноза становится возможным через 4-5 недель после заражения, когда метациркарий превращается в половозрелую особь и начинает откладывать яйца. Эффективность данных паразитологических методов прямо зависит от яйцепродукции гельминтов в момент исследования.

Отсутствие яиц в пробах желчи и кала может быть обусловлено: невозможностью обнаружения яиц у людей на ранней стадии заболевания, когда особь еще не половозрелая и не способна к яйцепродукции; цикличностью яйцепродукции гельминтов; неравномерным распределением яиц по содержимому толстой кишки; невысокой вероятностью обнаружения яиц паразитов при низкой интенсивности инвазии.

Иммунологическая диагностика описторхоза — является дополнением к паразитологическим методам обследования и не может быть единственным способом при диагностике описторхоза. Заключается в выявлении в сыворотках крови обследуемых антител, специфичных к антигенам описторхий: IgM, IgG и ЦИК на разных стадиях заболевания с помощью ИФА. Результаты иммунологического тестирования зависят от состояния иммунной системы пациента, возможны перекрестные реакции, поэтому достоверность и специфичность их невысока.

Эозинофилия является не специфическим, но характерным признаком описторхоза. Для хронического описторхоза характерно повышение непрямого билирубина, вероятно, в силу того, что трематоды (в т.ч. описторхии) выделяют гемолитический секрет, что и способствует повышению неконъюгированной фракции билирубина. Возможно также, что длительно персистирующая инфекция подавляет действие фермента УДФ-глюкоронилтрансфераза, что приводит к замедлению связывания непрямого билирубина.

В настоящее время в Сибирском государственном медицинском университете (СибГМУ) (г. Томск) находится в разработке **тест-система для ПЦР** - диагностики *Opisthorchis felinus* в фекалиях человека с детекцией результата в режиме реального времени. Достоверность работы тест-системы около 98%. Чувствительность тест-систем для определения *Opisthorchis felinus* составляет около 10^3 копий целевой ДНК в 1 мл. Внедрение в клиническую практику генетического метода диагностики описторхоза станет необыкновенно значимым событием в диагностике столь серьезной паразитарной инвазии.

ЛЕЧЕНИЕ

1) Подготовительный этап (базисная патогенетическая терапия). Включает в себя диету, дезинтоксикационную терапию, десенсибилизирующие средства. Поскольку микрофлора живет в симбиозе с паразитом и вызывает воспалительные инфильтративные изменения в желчных протоках, то показаны антибиотики в подготовительный период (ципрофлоксацин по 500 мг 2 раза в день, метронидазол по 250 мг 3 раза в день и др.), симптоматическая терапия. Обязательно начало приема холекинетики, т.к. бильтрицид парализует паразитов и необходимо их выведение форсированием желчеотделения.

2) Специфическая химиотерапия - Празиквантель (бильтрицид): таблетки 600 мг одновременно с желчегонными. Курсовая доза бильтрицида 60– 75 мг/кг массы тела больного. Оптимальная доза – 60 мг/кг массы тела больного. Лечение проводится в условиях стационара в ночное время. Курсовая доза принимается за две ночи и делится на 6 приемов - 3 приема в одну ночь и 3 приема в другую ночь: в 22.00.ч, 02.00.ч, 06.00.ч. По окончании приема бильтрицида назначаются тюбажи ежедневно в течение 10-12 дней, затем через день, 1 раз в неделю в течение продолжительного времени.

3). Реабилитационный (восстановительный) этап - возможное усиление десенсибилизирующей терапии, тюбажи, гепатопротекторы, коррекция микробиоценоза кишечника.

Контроль излечения проводится через 6 месяцев.

ПРОФИЛАКТИКА

Рыбу следует использовать для пищевых целей только после горячей термической обработки. Варить рыбу не менее 15 – 20 мин с момента закипания. Жарить рыбу необходимо 15 – 20 мин, порезав её небольшими кусочками, под крышкой. Рыбный пирог запекать не менее 1 часа в духовке. При солении рыбы использовать 2 кг соли/10 кг рыбы, посол проводить не менее 2-х недель. Вяление: 1 способ – засолить рыбу вышеуказанным способом на две недели, затем повесить сушиться; 2 способ – засолить рыбу на три дня и сушить её три недели. Замораживание: держать рыбу при температуре минус 28 градусов в течение 48 часов.

Список литературы:

1. Позднякова Л.Л. и др. Описторхоз у взрослых: Клинические рекомендации – Новосибирск, 2014. 53 с.
2. Карбышева Н.В. Гельминтозы как междисциплинарная проблема // Медицинское обозрение. Наука и практика. –2015; 1(3): 42.
3. Карбышева Н.В. Оценка эффективности природной дегельминтизации у больных хроническим описторхозом // Журнал инфектологии. 2015; 2: 54–55.
4. Хомичук Т.Ф., Ручко И.А., Хасанова А.Р. Инфекционная и паразитарная заболеваемость на территории Приморского края // Здоровье. Медицинская экология. Наука. 2015; 62(4): 153–158.
5. Бакштановская И.В., Степанова К.Б., Кальгина Г.А., Степанова Т.Ф. Взаимосвязи биохимических и иммунологических показателей у больных хроническим описторхозом // Мед. паразитол.и паразит. болезни. 2018. № 17. С. 13–19.
6. Смирнова О.В., Титова Н.М., Каспаров Э.В., Елманова Н.Г. Хемилюминесцентная активность нейтрофильных гранулоцитов в прогрессировании *Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture*, Том 11, №5-2, 2019 93 механической желтухи в зависимости от уровня билирубина и гене
7. Buisson Y. Control of *Opisthorchis viverrini* infection for cholangiocarcinoma prevention // Bulletin de la Société de pathologie exotique. 2017. vol. 110. № 1. P. 61–67.