

# Опісторхоз



Виконав: Протасенко



- **Опісторхоз** (opisthorchosis) - гельмінтоз, що вражає переважно гепатобіліарну систему і підшлункову залозу, збудниками якого є *Opisthorchis felinus* і *Opisthorchis viverrini*

Відрізняється тривалим перебігом, що протікає з частими загостреннями, що сприяє виникненню первинного раку печінки і підшлункової залози.



# Епідеміологія



- \* Природно-осередкова інфекція
- \* Механізм зараження - фекально-оральний
- \* Шляхи зараження: харчовий
- \* Остаточні хазяї і джерела збудників - людина, риби
- \* Проміжні господарі – прісноводні молюски.
- \* Додаткові господарі - коропові риби.
- \* Сприйнятливість до інвазії загальна.
- \* Імунітет нестерильний, проявляється обмеженням інтенсивності інвазії при повторних заражених і відносно малою

# Етіологія



- *Opisthorchis felineus* (синоніми: двоустка котяча, двоустка сибірська). Дрібні трематоди, розмірами (4-13) × 3,5 мм і (5,4 -10) × (0,8-1,9) мм. Ротова присоска - у переднього кінця тіла, черевна - на межі першої і другої чверті тіла. Яйця блідо-жовтого забарвлення, з двоконтурної оболонкою, з кришечкою на одному полюсі і потовщенням шкаралупи (Шіповідний виріст) на протилежному наприкінці; їх розмір 0,010- 0,019 × 0,023-0,034 мм



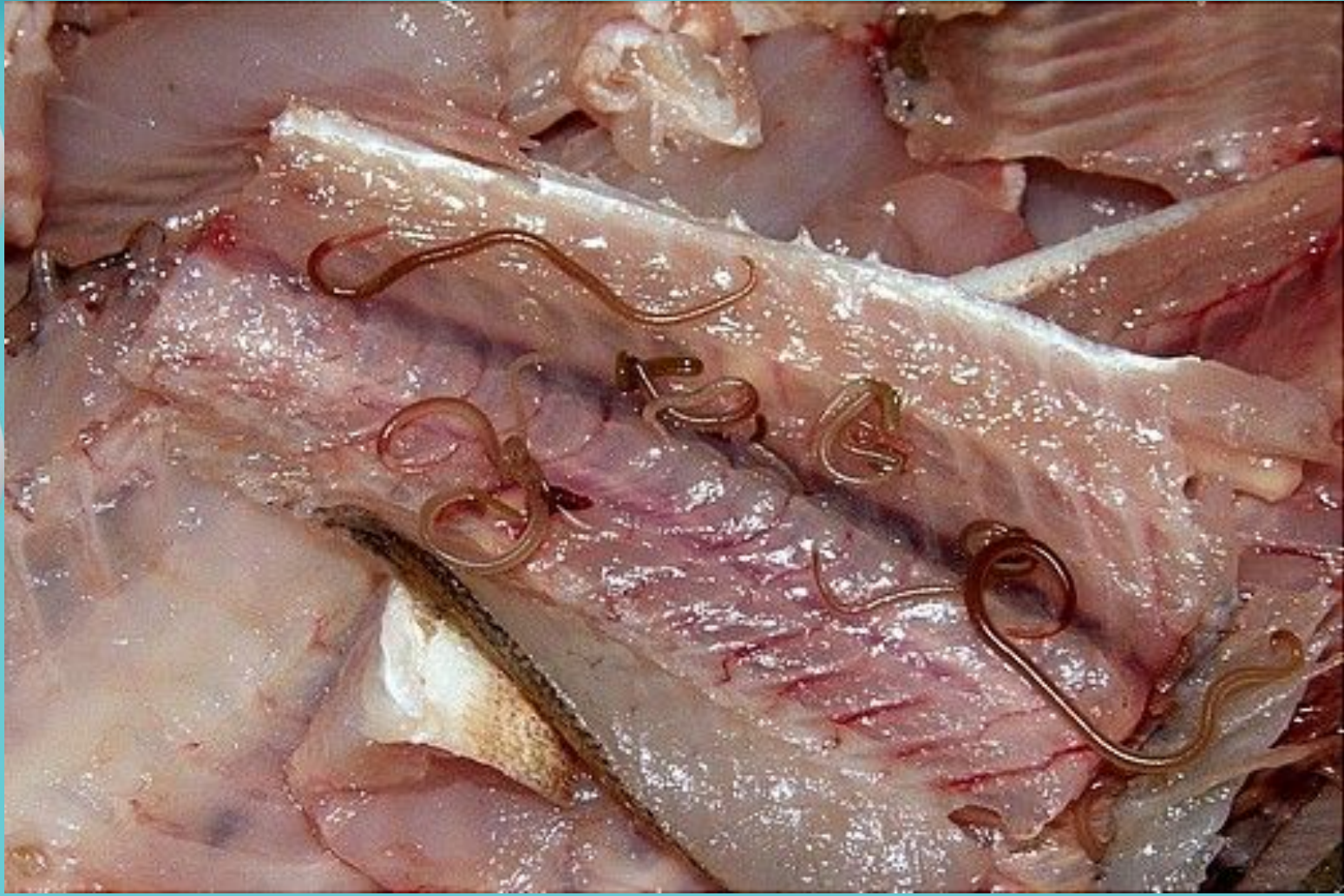


**Opisthorchis  
felineus**



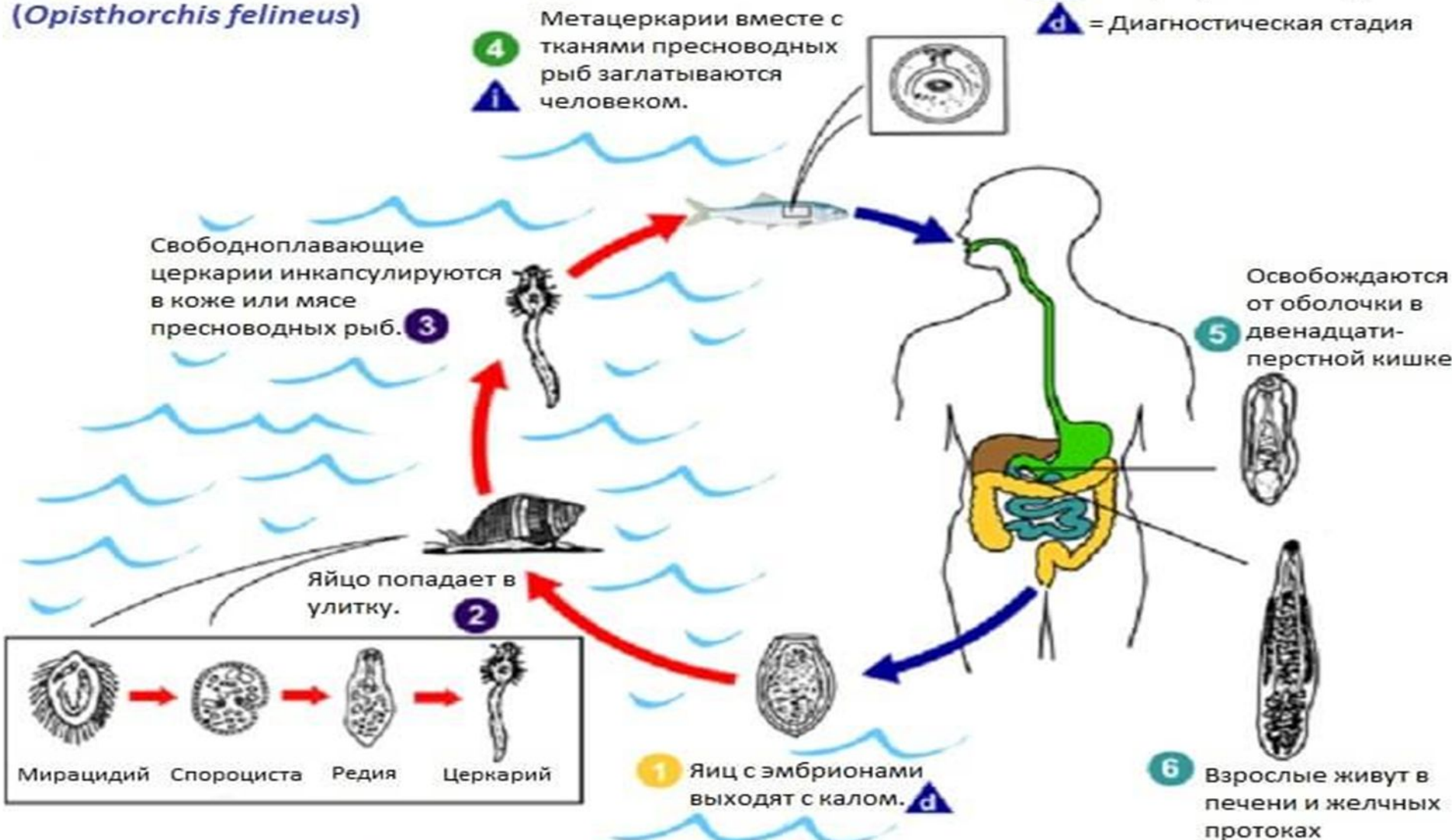
**Opisthorchis  
viverrini**

# Описторхоз



# Цикл развития кошачьей двуустки (*Opisthorchis felineus*)

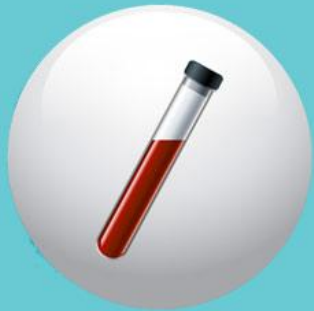
**i** = Инфекционная стадия  
**d** = Диагностическая стадия



# Патогенез



- Основну роль у патогенезі опісторхозу грають:
- алергічні реакції (особливо виражені в ранній фазі хвороби), які виникають в результаті виділення гельмінтами продуктів їх обміну речовин
- - механічний вплив гельмінтів, який полягає в пошкодженні стінок жовчних і панкреатичних проток і жовчного міхура присосками і шипиками, які покривають поверхню тіла гельмінта. Скупчення паразитів обумовлює уповільнення струму







- - нервово-рефлекторний вплив за допомогою подразнення гельмінтами нервових елементів проток, в результаті чого виникають патологічні нервові імпульси, що передаються перш за все на шлунок і дванадцятипалу кишку;



- - виникнення умов (дискінезія жовчовивідних шляхів, скупчення в них паразитів, яєць, клітин епітелію, тимчасове і повне припинення струму жовчі), сприятливих для приєднання вторинної інфекції жовчних шляхів;



- - залозиста проліферація епітелію жовчних і панкреатичних проток, яку слід розглядати як передраковий стан.



# КЛІНІКА

- Інкубаційний період - 1-6 тижнів, частіше 2-4 тижні.
- У корінних жителів вогнища протікання хвороби, як правило, **первинно-хронічне**. У приїжджих людей в часто виявляють **гостру стадію хвороби**.
- Клінічні прояви гострої стадії хвороби варіюють від стертої до важкої форми.





# Стерта форма:

- Нетривалий субфебрилітет, еозинофілія в крові до 10-15%
- Практично не діагностують.



# Легка форма:

- Лихоманка 38-38,5 ° протягом 1-2 тижнів, еозинофілія в крові 15-25%,
- Послаблення випорожнень.

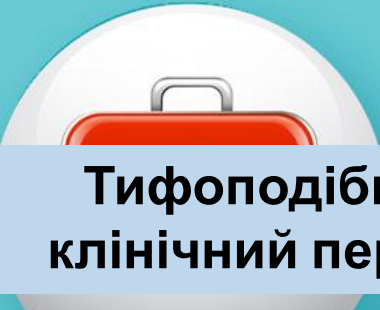


# Средньотяжка форма:

- лихоманка до 39-39,5 ° ремітуючого типу протягом 2-2,5 тижнів, нерідко катаральні явища, уртикарні висипання на шкірі, в крові - помірний лейкоцитоз і збільшення ШОЕ, еозинофілія 40% і більше. Біль в м'язах, суглобах.
- Диспептичні розлади.



# Важка Форма



## Тифоподібний клінічний перебіг

Лихоманка до 39-40 °  
Симптоми загальної інтоксикації. На шкірі поліморфні висипання  
Кон'юнктивіт, катаральні явища з боку верхніх дихальних шляхів.  
Тахікардія, артеріальна гіпотензія, приглушеність тонів серця, на ЕКГ - зміни дифузного, рідше вогнищевого характеру. Можливі

## Гепатохолангічний клінічний перебіг

Висока лихоманка, Жовтуха, болі в правому підребер'ї, Гепатспленомегалія.  
У сироватці підвищені вміст білірубіну, глобулінових фракцій білка, активність трансфераз, лужної фосфатази.

## Гастроентеритичний перебіг

Болі в епігастрії, іноді нападopodobного характеру, печія, нудота. При гастродуоденофіброзній ерозивно-виразковій або геморагічній гастродуоденіт. При переважанні ураження кишечника - болі по всьому животі, рідкий стілець.



Після завершення гострої стадії хвороби настає латентний період, який триває від декількох тижнів до 7 років, частіше 3 роки. Потім розвивається хронічна стадія хвороби



- У корінних жителів гіперендемічних районів на відміну від приїжджих, які не мають часткового імунітету, з моменту інвазії до появи клінічних проявів хвороби проходить 20-35 років, тому хвороба частіше розвивається у віці 35-40 років і пізніше, протікає хронічно, можлива безсимптомна інвазія.





# Ускладнення



- Хронічний гепатит
- Виразкова хв.шлунка і ДПК
- Гнійний холангіт
- Гострий панкреатит первинний рак печінки.
- Склерозування жовчних сосочків



# Діагностика

- **Загальноклінічні методи**

- Еозинофілія 10-20%
- Лейкоцитоз
- Збільшення ШОЕ



- **Біохімічні показники**

- Підвищення рівня білірубіну, диспротеїнемія, гіперглікемія натще, амілази трипсину, ліпази



# Специфічні методи діагностики



- *Виявлення в дуоденальному вмісті або фекаліях яєць гельмінтів, не раніше чим через 6 тиж. після зараження.*



- При малоінтенсивній інвазії застосовують метод провокації **ХЛОКСИЛОМ**.
- Суть методу полягає в тому що загибель або ослаблення частини паразитів під дією препарату супроводжуються відходженням гельмінтів або рясним виділенням ними яєць, які і виявляються під час зондування. Необхідно дослідити всі три порції А, В, С жовчі.
- при хронічному опісторхозі можуть бути використані серологічні реакції ІФА.



**Ці методи дозволяють проводити диференціальну діагностику між гострим і хронічним опісторхозом.**

# Лікування

- Лікування опісторхозу має бути комплексним. Етіотропне лікування проводиться празиквантелом в добовій дозі 60-75 мг на 1 кг маси тіла, яка призначається в 3 прийоми протягом дня після їжі з проміжком 4-6 год. Курс лікування 1 день; дієти, призначення проносного не потрібно. Контроль ефективності хіміотерапії проводять шляхом дослідження калу і / або дослідження вмісту дванадцятипалої кишки через 3 лі



# Реабілітаційна терапія

- Реабілітаційна терапія спрямована на усунення холестазу, нормалізацію секреторної функції шлунка, підшлункової залози (дієта, фізіопроцедури, бальнеотерапія), при астеничному стані показана психотерапія. При атрофічних процесах в органах травлення призначають травні ферменти, дигестопептиди. Ускладнення О. потребують негайного хірургічного лікування.



# Профілактика



- Знезараження досягається термічною обробкою, заморожування, копчення, соління варіння не менше 20 хвилин з моменту закипання.
- Проведення дегельмінтизації. Знищення молюсків –Бітній що є проміжним хазяїном. З цією метою використовують різні молюскоциди (Ніклозамід).