

Трематодозы

В.Д. Трифонов, А.С. Эйберман

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского МЗ РФ

e-mail: Tvd42@mail.ru

Информация об авторах

1. Трифонов Виктор Дорджиевич, д.м.н., профессор кафедры госпитальной педиатрии и неонатологии, Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, e-mail: Tvd42@mail.ru
<https://orcid.org/0000-0002-1896-3724>

2. Эйберман Александр Семенович, д.м.н., профессор кафедры госпитальной педиатрии и неонатологии, Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, e-mail: aberman@bk.ru, <https://orcid.org/0000-0002-5663-9220>

Резюме

В работе представлены сведения об этиологии, патогенезе, клинике, методах обследования и диагностики, лечению и прогнозе течения описторхоза – гельминтоза из группы сосальщиков, поражающего преимущественно гепатобилиарную систему и поджелудочную железу. Описторхоз (*Opisthorchis*) – гельминтоз, поражающий преимущественно гепатобилиарную систему и поджелудочную железу, отличающийся длительным течением, протекающий с частыми обострениями, способствующий возникновению первичного рака печени и поджелудочной железы. Возбудителями описторхоза являются два вида трематод семейства *Opisthorchidae*: *Opisthorchis felineus* и *Opisthorchis viverrini*. Диагностика описторхоза по клинической картине заболевания трудна из-за отсутствия симптомов и синдромов, характерных только для данной болезни. Большие затруднения встречаются в распознавании ранней фазы описторхоза. В статье приводятся рекомендации по профилактике и мероприятиях в очаге заболевания.

Ключевые слова: трематоды, эпидемиология, обследование, лечение, профилактика.

Для цитирования: Трифонов В.Д., Эйберман А.С. Трематодозы. Медицинская сестра, 2020; 5(22): с. 49–52. DOI: <https://doi.org/10.29296/25879979-2020-05-09>

Trematodos

V.D. Trifonov, A.S. Eiberman

V.I. Razumovsky Saratov State Medical University, Russian Health Ministry

Information about the authors

1. Victor D. Trifonov, MD., Professor of Hospital Pediatrics and Neonatology Department, V.I. Razumovsky Saratov State

Medical University, e-mail: Tvd42@mail.ru,

<https://orcid.org/0000-0002-1896-3724>

2. Alexander S. Eiberman, MD., Professor of Hospital Pediatrics and Neonatology Department, V.I. Razumovsky Saratov State Medical University, e-mail: aberman@bk.ru, <https://orcid.org/0000-0002-5663-9220>

Abstract

The paper presents information on the etiology, pathogenesis, clinic, methods of examination and diagnosis, treatment and prognosis of the course of opisthorchiasis - helminthiasis from the group of flukes, affecting mainly the hepato-biliary system and the pancreas. Opisthorchiasis (*Opisthorchis*) - helminthiasis, affecting mainly the hepatobiliary system and the pancreas, characterized by a long course, occurring with frequent exacerbations, contributing to the occurrence of primary liver and pancreatic cancer. Opisthorchiasis is caused by two species of trematodes of the *Opisthorchidae* family: *Opisthorchis felineus* and *Opisthorchis viverrini*. Opisthorchiasis diagnosis, according to the clinical picture of the disease, is difficult due to the absence of symptoms and syndromes characteristic only for this disease. Great difficulties are encountered in recognizing the early phase of opisthorchiasis.

The article provides recommendations for prevention measures in the focus of the disease.

Key words: trematodes, epidemiology, examination, treatment, prevention.

For citation: Trifonov V.D., Eiberman A.S. Trematodos. The Nurse, 2020 5 (22): 49–52.

<https://doi.org/10.29296/25879979-2020-05-09>

Описторхоз

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

Этиопатогенез. Возбудителями описторхоза являются два вида трематод семейства *Opisthorchidae*: *Opisthorchis felineus* и *Opisthorchis viverrini*. *O. felineus* (синонимы: двуустка кошачья, двуустка сибирская) имеет плоское тело длиной 4–13 мм

и шириной 1–3,5 мм. Ротовая присоска – у передне-го 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 • 0,023-0,034 мм. В стадии половой зрелости *O. felineus* паразитирует во внутри- и внепеченочных желчных протоках, в желчном пузыре, протоках поджелудочной железы человека, кошки, собаки, лисицы, песца и некоторых других плотоядных животных. Промежуточным хозяином гельминта является пресноводный жаберный моллюск *Bithynia leachi*. Дополнительные хозяева – рыбы семейства карповых: язь, елец, чебак, плотва европейская, вобла, линь, красноперка, сазан, лещ, густера, подуст, жерех, укля. Описторхоз является природноочаговой болезнью. Описторхоз, вызываемый *Opisthorchis felineus*, часто встречается у населения бассейнов Оби и Иртыша (Западная Сибирь, Казахская Республика), Камы (Пермская обл.), Днепра (некоторые районы Украины), зарегистрирован в бассейнах Волги, Дона, Донца, Сев. Двины, Немана. Таким образом, весь но-зоологический ареал мирового описторхоза (вызываемого *O. felineus*) находится на территории бывшего СССР. Главным очагом описторхоза виверры является Таиланд, зарегистрирован этот гельминтоз в Индии и на острове Тайвань.

Источниками инвазии являются инвазированные описторхисами люди, домашние и дикие плотоядные животные. Выделяющиеся с их калом яйца гельминтов при попадании в пресноводные водоемы заглатываются моллюсками битиниями. В последних происходит развитие и бесполое размножение личиночных поколений описторхисов, заканчивающееся выходом в воду обладающих хвостом личинок – церкариев. Церкарии активно проникают в карповых рыб и инцистируются в их подкожной клетчатке и мышцах, превращаясь в метацеркариев. Заражение человека и млекопитающих животных происходит при употреблении в пищу сырой, недостаточно прожаренной и слабо просоленной рыбы с метацеркариями гельминта. Личинки описторхисов при поступлении со съеденной рыбой в кишечник человека выходят из окружающих их оболочек и по общему желчному и панкреатическому протокам проникают в печень, желчный пузырь и поджелудочную железу, где через 2 недели достигают половой зрелости и через месяц начинают откладывать яйца. Основную роль в патогенезе описторхоза играют: аллергические реакции (особенно выраженные в ранней фазе болезни), которые возникают в результате выделения гельминтами продуктов их обмена веществ; механическое воздействие

гельминтов, которое состоит в повреждении стенок желчных и панкреатических протоков и желчного пузыря присосками и шипиками, покрывающими поверхность тела гельминта; скопление паразитов обуславливает замедление тока желчи и секрета поджелудочной железы; нервно-рефлекторные влияния посредством раздражения гельминтами нервных элементов протоков, в результате чего возникают патологические нервные импульсы, передающиеся, прежде всего на желудок и двенадцатиперстную кишку; возникновение условий (дискинезия желчевыводящих путей, скопление в них паразитов, яиц, клеток слущенного эпителия, временное и полное прекращение тока желчи), благоприятных для присоединения вторичной инфекции желчных путей; железистая пролиферация эпителия желчных и панкреатических протоков, которую следует рассматривать как предраковое состояние.

Обследование. Инкубационный период при описторхозе продолжается 2-4 нед. В ранней фазе описторхоза возможны повышение температуры тела, боли в мышцах и суставах, рвота, понос, болезненность и увеличение печени, иногда увеличивается и селезенка, аллергические высыпания на коже, в крови лейкоцитоз с эозинофилией, часто лейкомоидная эозинофильная реакция. В поздней фазе описторхоза главной жалобой больных являются указания на боли в эпигастрии и правом подреберье; у многих эти боли иррадиируют в спину и иногда в левое подреберье. Нередко боли обостряются в виде приступов желчной колики. Часто возникают головокружения, головные боли, диспепсические расстройства. Некоторые больные указывают на бессонницу, частую смену настроения, повышенную раздражительность. Температура тела субфебрильная или нормальная. Печень часто увеличена и уплотнена. Обычно имеется равномерное увеличение органа, но у отдельных больных преимущественно увеличивается его правая или левая доля. Функции печени (белково-синтетическая, пигментная, антитоксическая) при неосложненном описторхозе нормальные или незначительно нарушены. При наличии в анамнезе вирусного гепатита и при осложнении вторичной бактериальной инфекцией желчных путей могут наступить выраженные нарушения функции печени.

Желчный пузырь часто значительно увеличен и напряжен; у многих больных сокращение его удается вызвать лишь при повторных дуоденальных зондированиях. При микроскопии дуоденального содержимого определяется во всех порциях, но особенно в порции «С», увеличение количества лейкоцитов, эпителиальных клеток,

а также детрита, кристаллов билирубина и холестерина. Нарушения двигательной функции желчного пузыря при описторхозе могут протекать по типу гиперкинетической, гипертонической или гипокинетической дискинезии. У $\frac{3}{4}$ больных с рентгенологически установленными нарушениями моторики желчного пузыря отмечается гипокинетический тип дискинезии. Для таких пациентов характерны тупые распирающие боли в правом подреберье, выраженные диспепсические нарушения, запор (синдром пузыря недостаточности). У больных с гипертоническим и гиперкинетическим типами дискинезии чаще встречается синдром желчной (бескаменной) колики, желчный пузырь у них не увеличен. Пальпация области поджелудочной железы болезненна, у некоторых больных выявляется гиперестезия кожи слева. О недостаточности внешнесекреторной функции поджелудочной железы свидетельствует снижение содержания ее ферментов (эластазы, трипсина, амилазы, липазы) в дуоденальном содержимом, кале и повышение концентрации трипсина, антитрипсина, амилазы, липазы в крови, диастазы в моче. У некоторых больных наступают нарушения инкреторной функции поджелудочной железы в виде гипергликемии натощак. При исследовании желудочной секреции у половины больных описторхозом выявляется понижение кислотности или ахилия. В крови наиболее характерны эозинофилия, достигающая у многих больных высокой степени; нередко наблюдается умеренная анемия с нормо- или макробластическим типом кроветворения. Анализ симптоматики описторхоза показывает, что у больных всегда выявляется в той или иной степени холангит; часто возникают дискинезии желчных путей, реже – ангиохолецистит и хронический гепатит; обычен хронический панкреатит. Нередко описторхоз протекает в стертой форме. К осложнениям описторхозов следует отнести гнойный холангит, разрыв кистозно-расширенных желчных протоков с последующим развитием желчного перитонита, острый панкреатит, первичный рак печени.

Диагноз. Диагностика описторхоза по клинической картине заболевания трудна из-за отсутствия симптомов и синдромов, характерных только для данной болезни. Распознать описторхозную инвазию несложно через месяц после заражения, когда гельминты начинают откладывать яйца (овоскопическое исследование кала и дуоденального сока больного). Большие затруднения встречаются в распознавании ранней фазы описторхоза. Наличие у новоселов в интенсивном очаге описторхоза лихорадки, гепатомегалии, эозинофильного лейкоцитоза заставляет подозре-

вать раннюю фазу этого гельминтоза. Описторхоз протекает при довольно разнообразных клинических явлениях, в связи с этим необходимо тщательное клинико-лабораторное и рентгенологическое (в том числе ультразвуковое) обследование больных. Яйца кошачьей двуустки у инвазированных чаще обнаруживаются при дуоденальном зондировании, чем в кале. При слабой инвазии их иногда находят лишь во время повторных зондирований. Описторхоз необходимо дифференцировать от ОРЗ, пневмонии, вирусных гепатитов, острых кишечных заболеваний, заболеваний крови, острых хирургических заболеваний.

Лечение. Высокоэффективными препаратами для лечения описторхоза являются:

- празиквантел (Praziquantel, Biltricid) однократно в дозе 50 мг/кг массы тела. В результате лечения число яиц снижается на 99%;
- никлофолан (Niclofolan), который назначают внутрь в суточной дозе 30–50 мг/кг через день в течение 2–3 нед.;
- хлоксил (гексахлорксилол, Hetol, Hexachlorogaxylol), который принимают по одной из трех схем: схема 1. 2-дневный цикл (доза 6-10 г взрослому в день), по 2 г препарата через каждые 10 мин в $\frac{1}{2}$ стакана молока; схема 2. 3-дневный цикл (доза 6 г взрослому в день), по 3 г препарата в 2 приема с интервалом в 2 ч, запивая молоком; схема 3. 5-дневный цикл, когда больной получает 3,6 г препарата в день в течение 5 дней подряд (т. е. всего 18 г), запивая молоком.

В поздней фазе при присоединении холангита и дискинезии желчевыводящих путей полезно дуоденальное зондирование с введением магния сульфата или сорбита, которое проводят 1–2 раза в неделю в течение 1–2 мес. Назначают желчегонные препараты, предпочтительно из группы холекинетиков, при болях – антиспастические средства. В случае присоединения вторичной инфекции желчных путей показаны антибиотики, выбор которых желательнее делать после определения чувствительности к ним микрофлоры дуоденального содержимого.

Прогноз при описторхозе обычно благоприятный. Даже описторхозные циррозы печени при отсутствии вторичной бактериальной инфекции протекают сравнительно доброкачественно. Прогноз становится серьезным при желчном перитоните и безнадежным при первичном раке печени и поджелудочной железы.

Профилактика и мероприятия в очаге. Большое значение имеет охрана вод от фекального загрязнения, а также санитарно-просветительная работа, цель которой – убедить население не употреблять в пищу сырую и полусырую рыбу. Личинки опи-

сторхисов погибают при варке рыбы куском через 20 мин. Горячее копчение полностью обеззараживает рыбу. Жарить рыбу следует пластованной 15–20 мин. Солят рыбу в течение 14 дней, расход соли 27–29 кг на 100 кг рыбы, содержание её в готовом продукте не ниже 14%. Обеззараживание инвазированной рыбы замораживанием в естественных условиях и льдосолевой смесью не рекомендуется, так как личинки описторхиса сохраняются в этом случае до 2–4 нед.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
Статья не имеет спонсорской поддержки.
The authors declare no conflict of interest.
The article is not sponsored.

Литература

1. Аскерко А. Ч. Основы паразитологии. - Мн.: БГМУ, 2008. -140 с.

2. Бекиш О.-Я.Л., Бекиш В.Я., Бекиш Л.Э. Современные аспекты терапии гельминтозов человека // Эпидемиология, диагностика, лечение и профилактика паразитарных заболеваний человека. Тр. III Междунар. научн.-практ. конф. – Витебск, 2012. – С. 30-37.

3. Биология / Под редакцией акад. РАМН, проф. В. Н. Ярыгина: Том 2. М. ГЭОТАР-Медиа, 2012, 553 с.

4. Лысенко А.Я., Владимирова М.Г., Кондрашин А.В. Клиническая паразитология. Руководство. - Женева: ВОЗ, 2002. – 752 с.

5. Цуканов В., Горчилова Е., Васютин А., Тонких Ю., Ржавичева О. Современные принципы ведения больных с описторхозом. Врач, 2019; (12): 25-28. <https://doi.org/10.29296/25877305-2019-12-07>

6. Ватутин Н., Тарадин Г., Тов И., Гасендич Е., Нарогная Г., Фадеева Ю., Канана Н. Случай дирофиляриоза, симулировавшего пяточную шпору. Врач, 2019; (10): 73-76. <https://doi.org/10.29296/25877305-2019-10-15>

ГОД МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ



Отделение хирургии новорождённых и недоношенных детей ДГКБ им. св. Владимира г. Москвы открыто в 1960 году и было первым отделением такого профиля в СССР и Европе. Здесь проходят лечение дети с тяжёлыми врождёнными пороками развития, а также с экстренной хирургической патологией у новорожденных и недоношенных. В этом отделении работают 25 медицинских сестёр, средний возраст которых - 30–35 лет. Так сложилось. Но я думаю, что это не просто так: молодые медсёстры работают с молодыми мамочками и их новорождёнными детишками.

В основном, в отделении малыши лежат с мамами. Мама после родов не всегда могут в полном

объёме ухаживать за своими детьми, и поэтому медицинские сёстры этого отделения выполняют не только медицинские манипуляции, но и кормят, поят, моют, пеленают маленьких пациентов. И представьте, какой высокой квалификацией надо обладать, чтобы работать в этом отделении! Для проведения интенсивной терапии в пред- и послеоперационных периодах, для выхаживания маловесных и недоношенных детей в отделении имеется множество аппаратуры, для работы на которой требуется обладать знаниями и принципами работы сложной техники.

Отделение рассчитано на 30 коек. Ключевая роль в выхаживании маленьких пациентов принадлежит, конечно, медицинским сёстрам. Малышу может быть 7 дней отроду и весит он 1,5 кг, а уже перенёс операцию. Накормить через зонд, поставить капельницу, следить за катетерами, швами, диурезом. Медицинские сёстры этого отделения владеют всеми видами интенсивной терапии, навыками ухода, знаниями лечебного питания и гигиены новорожденных. Кроме того, они являются ещё и психологами – ведь мамам после родов бывает крайне сложно, особенно если ребёнок не здоров. Надо их поддержать, настроить на позитив. В этом отделении могут работать только люди, безгранично любящие детей.