

Описторхоз имеет широкое распространение в различных регионах нашей страны и многих зарубежных странах. В России показатели экстенсивности описторхоза достигают в Тюменской и Томской областях 85%, Пермской - 65%, Актыбинской - 7% (В.П. Сергеев и др., 1989). В Красноярском крае представление об ареале этой инвазии изменилось после многолетних исследований Г.Н. Гончаровой (1970-1990), а затем В.В. Упатов (1997) в девяти районах Причумыя Красноярского края. Оказалось, что уровень заболеваемости здесь значительно превышает этот показатель по краю - от 2 до 15 раз. В этих районах наблюдается непрерывный рост заболеваемости по описторхозу увеличение показателей абсолютного прироста, а также 20-30-кратное увеличение значения 1% прироста в данном регионе.

Описторхоз в настоящее время составляет достаточно высокий удельный вес в структуре общей заболеваемости и проявляется поражением многих органов и систем организма, что ведет к различным его проявлениям и порой запоздалой диагностике и лечению. Широта распространенности данной инвазии, высокая поражаемость населения разных возрастов, значительный экономический ущерб, связанный с увеличением временной нетрудоспособности среди работающего населения и детей, в большинстве случаев необходимость стационарного лечения заставляют отнести описторхоз к социально значимым заболеваниям.

Описторхоз является инвазией человека, а также ряда домашних и диких животных. Возбудителем является кошачья, или дикая, двуустка, относящаяся к классу сосальщиков. До настоящего времени многие звенья патогенеза при описторхозе остаются недостаточно изученными. Большинство авторов считают, что существенную роль играет механическое и токсическое воздействие гельминтов на стенку желчного пузыря, печеночных и панкреатических протоков и создание в них благоприятных условий для развития вторичной инфекции. А скопление в них большого количества описторхисов, их яиц, слизи и пластов сгущенного эпителия приводит к замедлению выделения секрета печени и поджелудочной железы, страдает функция желудка и двенадцатиперстной кишки (А.И. Пальцев, 1994; Э.Н. Коврова с соавт., 1997; и др.).

Согласно современным представлениям, важным фактором в патогенезе описторхоза следует признать аллергическую перестройку организма, возникающую в результате сенсибилизации его продуктами собственных тканей, в частности клеток эпителия, выстилающего желчные протоки, подвергшиеся некрозу при травматизации их описторхисами. Роль аллергического фактора в патогенезе описторхоза подтверждается данными проведенных иммуноморфологических и цитохимических исследований. Отмечено, что острая фаза описторхоза неспецифична и часто протекает по типу аллергического заболевания (Н.Н. Озерцовская, 1990, 1997; и др.).

Описторхозная инвазия играет большую роль в канцерогенезе. Доказана связь хронического описторхоза с опухолями ГБС. По многочисленным данным отечественных и зарубежных авторов, в 50% случаев на вскрытии умерших, имеющих в анамнезе хронический описторхоз, выявлялась холангиокарцинома, а опухоли ГБС встречаются исключительно в районах, неблагоприятных по описторхозу.

В клиническом течении выделяют острую и хроническую стадии заболевания. В основе острого процесса лежит токсико-аллергический синдром, обусловленный воздействием метаболитов, выделяемых личинками описторхисов при их миграции и созревании. При этом различают несколько синдромов: гепатохолангитический, гастроэнтероколитический, тифоподобный, гриппоподобный и др.

Наиболее часто наблюдается первично-хроническое течение описторхоза. Хроническая стадия связана с проникновением гельминта во внутрипеченочные желчные протоки и протоки поджелудочной железы.

В основе хронического описторхоза лежит длительное паразитирование гельминта в органах гепатобилиарной системы, поджелудочной железе, желудочно-кишечном тракте и развитие в них различных проявлений. Поскольку основным местом обитания описторхисов являются внутрипеченочные желчные пути, у больных довольно часто выявляются признаки паразитарного холецистита, холангита, гепатита, иногда цирроза печени (В.Я. Глумов, 1984; А.И. Пальцев с соавт., 1994; и др.).

Согласно нашим наблюдениям, патология со стороны гепатобилиарной системы выявлена практически у всех больных (96,3%) и была наиболее выражена в хроническую стадию болезни, наблюдалось ее прогрессирование с увеличением продолжительности заболевания.

У 38% больных описторхозом выявлено поражение поджелудочной железы. Но диагностика панкреатита вызвала определенные трудности, особенно на ранних стадиях заболевания. Многочисленные исследования показали, что при описторхозном панкреатите страдает как внешнесекреторная, так и внутрисекреторная функция поджелудочной железы. И сахарный диабет среди больных описторхозом встречается в 3-4 раза чаще, чем среди терапевтических больных, а для его компенсации требуется более длительное время (В.С. Зубарев с соавт., 1990; А.И. Пальцев, 1994).

На вовлечение в процесс желудка при описторхозе с развитием хронического гастрита указывают многие авторы (М.М. Богер, 1988; и др.). При сочетании описторхоза с хроническим гастритом первый, как правило, диагностируется поздно, иногда через несколько лет от начала заболевания, и порой выявляется как случайная находка при исследовании фекалий или дуоденального содержимого. Проведенные нами морфологические исследования слизистой оболочки желудка (СОЖ) показали, что у большинства больных описторхозом обнаруживаются различные

структурные изменения СОЖ, начиная от поверхностного гастрита, нередко эрозивного, с наличием эозинофильных инфильтратов, до атрофического. Имеющиеся изменения СОЖ, вероятно, связаны с аллергической перестройкой организма в целом и его реакцией на антигенное воздействие описторхисов и их метаболитов на СОЖ. У 58,8% больных гастритом в сочетании с описторхозом секреторная функция желудка оказалась пониженной.

К особенностям течения язвенной болезни при описторхозе следует отнести следующие: боли характеризовались монотонностью, были неинтенсивными, часто отсутствовала их связь с приемом пищи. У всех больных наблюдались диспепсические проявления в виде тошноты, анорексии, иногда рвоты. Отсутствовала сезонность обострений язвенной болезни. Секреторная функция желудка также часто оказывалась сниженной (52,2%), что согласуется с данными А.И. Пальцева с соавт. (1998). Рентгенологически обнаруживались небольших размеров «ниши», часто на фоне выраженных воспалительных изменений, преимущественно в антральном отделе. При контрольных исследованиях (ФГС и R-скопии желудка), как правило, рубцовых изменений не находили, что указывало на поверхностный характер язв при описторхозе.

В литературе имеются сведения о том, что глистная инвазия занимает важное место в аллергизации организма и нередко вызывает патологию кожи (Н.Н. Озерцовская, 1997; Т.Н. Константинова с соавт., 1998). Поражение кожи при описторхозе является своеобразной реакцией организма на внедрение паразита и встречается как в острую, так и в хроническую фазу описторхоза, но наиболее часто проявляется в его острую фазу.

Одним из проявлений токсико-аллергического синдрома при хроническом описторхозе являются кожные высыпания. Было замечено, что кожный синдром при описторхозе является признаком неблагополучия как в иммунной системе, так и во внутренних органах, предполагая более тяжелое течение заболевания.

В системе иммунитета коже отводится важная роль, а те аллергические реакции, которые разрешаются на коже, являются следствием иммунных нарушений (А.А. Антоньев, В.И. Прохоренков, 1995). Патогенез кожных поражений проявляется не прямым ответом кожи, а опосредованным через связь с пораженными органами. Причиной патологических изменений является длительное нахождение паразита в организме и сенсибилизация продуктами метаболизма описторхисов.

У наблюдаемых нами больных в острую фазу описторхоза кожные проявления обнаружены в 68% случаев, а в хроническую - 28%. Они были представлены высыпаниями пятнисто-везикулезного, эритематозного характера и сопровождались кожным зудом. Сыпь локализовалась в различных частях тела, чаще на передней поверхности туловища, спине, разгибательной и сгибательной поверхности рук и ног. После дополнительных исследований поражения расценивались как проявления токсикодермии, обусловленной глистной инвазией.

Согласно нашим наблюдениям, при небольшой продолжительности заболевания (от нескольких месяцев до года) при наличии только паразитарного холецистита кожные проявления ограничивались кожным зудом, крапивницей, в отдельных случаях сыпью эритематозного характера. После проведения патогенетического и специфического лечения они исчезали и рецидивировали редко.

У больных с длительными сроками заболевания (3 и более лет) и наличием более сложной сопутствующей патологии кожные проявления были более стойкими, часто рецидивировали. После проведения патогенетического и специфического лечения они исчезали, но в ряде случаев наблюдались их рецидивы, что требовало проведения дальнейшего лечения как основной, так и сопутствующей патологии.

У отдельных больных, страдающих описторхозом в течение многих лет (5 и более) и своевременно не получивших специфическое лечение, кожные проявления носили более упорное течение и часто протекали без периодов ремиссий. Проводимое традиционное лечение было неэффективным.

Несомненным достижением последних лет является открытие и внедрение в практику ряда новых противогельминтных препаратов. Тем не менее лечение описторхоза является трудной задачей. Оно должно быть комплексным, то есть специфическая терапия должна сочетаться с лечением, направленным на восстановление и нормализацию органов, вовлеченных в патологический процесс при описторхозе.

Мы использовали новые подходы в лечении больных описторхозом и схематично, с учетом доминирующих симптомов, поделили их на следующие группы:

1. Описторхоз без сопутствующих заболеваний, выявленный впервые.
 2. Описторхоз в сочетании с воспалительными заболеваниями желчевыводящих путей и поражением печени (холециститом, холангитом, хроническим гепатитом, циррозом печени).
 3. Описторхоз с вовлечением в процесс поджелудочной железы.
 4. Описторхоз и болезни желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, дуоденит, язвенная болезнь).
 5. Описторхоз в сочетании с кожными проявлениями (токсикодермией, рецидивирующей крапивницей и др.).
- При лечении больных описторхозом должен соблюдаться принцип этапности:

1. Подготовительная патогенетическая терапия.
2. Специфическое лечение (бильтрицидом, азиноксом).
3. Продолжение лечения в поликлинике, а затем в

профилактики или в санатории.

Основной принцип патогенетической терапии заключается в купировании воспаления желчевыводящих путей, желудочно-кишечного тракта, улучшении функций органов, гипосенсибилизирующее лечение.

Подготовительное лечение проводится не менее 10-12 дней.

Для проведения специфической терапии в настоящее время широко используется бильтрицид (празиквантел) и азинокс. Бильтрицид прошел клинические испытания и рекомендован к применению как в острую, так и в хроническую стадии заболевания. Он является активным в отношении к зрелым и незрелым стадиям паразита. Препарат назначается в курсовой дозе 40-75 мг/кг веса больного.

Больные, освободившиеся от паразитарной инвазии, нередко нуждаются в продолжении лечения сопутствующей патологии, вызванной глистной инвазией.

Как показали наши исследования, успешная дегельминтизация не всегда приводит к полному выздоровлению, у больных остаются клинические проявления паразитарной инвазии, которые расцениваются как резидуальный период описторхоза - это собственно хронический холецистит, хронический дуоденит, дискинезия желчевыводящих путей, хронический панкреатит, нарушения в иммунной системе, протекающие по типу вторичного иммунодефицита, все это представляет серьезную проблему в плане восстановительного лечения.

Опыт совместной работы с врачами курортологами показал, что целесообразно реабилитацию больных хроническим описторхозом проводить с использованием лечебных курортных факторов. Рекомендуется после проведения контрольного обследования на предмет исключения паразитов и активности воспалительного процесса в органах гепатобилиарной и гастродуоденальной систем направлять больных на санаторно-курортное лечение.

Перспективным в этом плане является курорт «Озеро Учум» с его лечебными питьевыми минеральными водами, озерной рапой и иловой грязью, относящимися к типу сероводородных (минеральных материковых, содержащих ионы калия, натрия, магния, стронция, марганца), биологическое значение которых общепризнанно.

Нами разработан и внедрен в практическое здравоохранение комплексный метод лечения больных описторхозом с кожными проявлениями, заключающийся в одновременном воздействии на сопутствующую хроническую патологию гепатобилиарной и гастродуоденальной систем и кожные проявления. Он состоит в применении питьевых лечебных минеральных вод (сульфано-хлоридно-гидрокарбонатная натриево-калиевая) с учетом секреторной функции желудка типа дискинезии желчного пузыря и других проявлений. Для лечения кожных поражений использовали учумскую иловую грязь в виде местных грязевых аппликаций на пораженные участки кожи либо общие грязевые ванны, чередуя их с сероводородными ваннами.

Таким образом, лечение описторхоза должно носить поэтапный характер: поликлиника или стационар (патогенетическая подготовительная терапия), специфическое лечение бильтрицидом в стационаре и реабилитационные мероприятия в условиях профилактория или санатория с использованием бальнеогрязелечения. Наиболее эффективным и перспективным в плане проведения комплексного реабилитационного лечения при описторхозе, особенно с кожными его проявлениями, является санаторий «Озеро Учум», где одновременно грязевые аппликации чередуются с сероводородными ваннами и приемом лечебной минеральной воды. Пелоидотерапия может быть применена и в амбулаторных условиях (привозная учумская иловая грязь).