

КЛОНОРХОЗ

Этиология. Возбудитель - *Clonorchis sinensis* (китайский сосальщик) трематода, по внешнему виду напоминающая описторхов, но крупнее его (10-20 x 2-4 мм), яйца трудно отличимы от яиц *O. felinus*.

Эпидемиология. Клонорхоз (*clonorchosis*) - пероральный биогельминтоз, природно-очаговая инвазия. Окончательные хозяева и источники инвазии - человек и плотоядные животные (кошки, собаки и др.), промежуточные хозяева - моллюски рода *Bithynia*, дополнительные - карповые рыбы и некоторые пресноводные раки. Продолжительность жизни возбудителя в организме человека 25-40 лет и более.

В СССР клонорхоз регистрируется на Дальнем Востоке в бассейне Амура.

Патогенез и патологическая анатомия. Заглоченные человеком личинки в тонкой кишке освобождаются от оболочек, через несколько часов по общему желчному протоку проникают во внутривенные желчные протоки и ходы, в протоки поджелудочной железы, где спустя 2 недели превращаются в половозрелые мариты, выделяющие яйца. Ведущими патогенетическими механизмами являются токсические и аллергические воздействия гельминтов и их метаболитов и яиц на организм человека, механическое повреждение билиарной системы, нарушение секреции и моторики желчных путей, желудка и двенадцатиперстной кишки, что способствует активизации вторичной инфекции, возникновению холангита, холелитиаза. В очагах инвазии наблюдается более высокая частота первичного рака печени, чем в свободных от этого гельминтоза районах.

Клиническая картина. Ранняя фаза инвазии у коренных жителей эндемичных очагов обычно бессимптомна, у приезжающих лиц отмечаются недомогание, повышение температуры, аллергическая сыпь, учащенный стул кашицеобразной консистенции, боли в области печени, характерна гиперэозинофилия.

В поздней фазе инвазии наблюдаются коликообразные боли в области печени и желчного пузыря, диспепсические явления, нарушение сна, головная боль, часто выявляется бледность, субиктеричность кожи и слизистых оболочек. У ряда больных определяются увеличение печени и желчного пузыря, болезненность в области поджелудочной железы. Биохимические методы выявляют незначительное нарушение функции печени и поджелудочной железы, в гемограмме обнаруживают гиперэозинофилию (80 % и более).

Осложнениями болезни являются абсцессы печени, восходящий холангит, разрыв паразитарной кисты, перитонит, первичный рак печени и др. Клонорхоз неблагоприятно влияет на течение ряда инфекционных заболеваний (шигеллез, вирусный гепатит, брюшной тиф).

Течение болезни длительное, с периодами обострения. У коренных жителей эндемичных районов инвазия часто протекает в субклинической форме, у приезжих - более тяжело и остро, с высокой эозинофилией (до 80 %).

Прогноз серьезный ввиду развития тяжелых осложнений.

Диагностика предполагает обнаружение яиц гельминтов в каловых массах и дуоденальном содержимом.

Лечение. Применяют хлорсил (гексохлорпаракил) в суточной дозе для взрослых 60 мг/кг массы тела в течение 5 дней. Препарат назначают в три приема через 15-20 мин после еды, запивают молоком. Высокоэффективен и малотоксичен празиквантел по 50 мг/кг однократно. По показаниям используют патогенетические и симптоматические средства. Контроль эффективности лечения проводят спустя 1-2 мес.

Профилактика включает мероприятия по защите водоемов от фекального загрязнения, уничтожение моллюсков, строгий санитарный надзор за приготовлением рыбных продуктов. Запрещается употребление в пищу сырой или полусырой рыбы.

Источник: Шувалова Е. П. Инфекционные болезни: Учебник. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 1990. - 560 с.: ил. (Учеб. лит. для студ. мед. ин-тов).