

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра поликлинической терапии и семейной медицины с курсом ПО

Зав. кафедра: д.м.н. профессор Петрова М.М.

**Реферат на тему:
" ЭХИНОККОКОЗ ЛЕГКИХ."**

Выполнил:

Врач - ординатор второго года обучения
кафедры
поликлинической терапии и семейной
медицины с курсом ПО
Рябченко Анна Олеговна

Красноярск 2019 г.

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ.....	3
КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ.....	4
ДИАГНОСТИКА.....	7
ЛЕЧЕНИЕ.....	8
ЛИТЕРАТУРА.....	10

ВВЕДЕНИЕ

Однокамерный или гидатидозный эхинококк является личиночной стадией развития червя *Echinococcus granulosus*. Поражение им внутренних органов человека носит название эхинококкоза.

Эхинококкоз относят к одной из тяжелейших форм антропозоонозов. Он распространен в странах с преимущественно сухим и жарким климатом, где интенсивно развито скотоводство: Южной Америке, Австралии, Турции, Албании, Молдавии, Азербайджане, Киргизии и др.

Легкие стоят на втором месте после печени по частоте поражения эхинококком, и легочный эхинококкоз встречается от 6 до 35% по отношению к другим локализациям этого паразита. Наряду с множественным поражением эхинококковыми пузырями одного легкого, встречаются и двусторонние формы заболевания, а также с одновременным поражением других органов, чаще всего — печени.

Паразит существует в двух формах — ленточной и личиночной. В ленточной форме он обитает в кишечнике собак, волков, шакалов, лисиц и других хищных млекопитающих, являющихся для глиста окончательным хозяином. Личиночная (гидатидозная) форма гельминта паразитирует во внутренних органах и тканях более чем у 60 видов млекопитающих (крупный и мелкий рогатый скот, свиньи, олени, обезьяны и др.), а также в организме человека, являющегося для него промежуточным хозяином. Известны два цикла развития эхинококка. Полный жизненный цикл совершается со сменой двух хозяев: промежуточного и окончательного.

Неполный (бесполый) цикл развития паразита происходит только в органах промежуточного хозяина в результате загрязнения органов и тканей носителя зародышевыми элементами эхинококка.

Пути загрязнения внешней среды — с каловыми массами больного животного. Обладая способностью к самостоятельному передвижению, зародыш — онкосфера — забирается на стебельки растений или располагается в шерсти животного и благодаря выделяемому клейкому веществу прочно прикрепляется. Заражение травоядных животных происходит на пастбищах.

Проникновение онкосфер в организм человека возможно двумя основными путями: при употреблении в пищу зараженных яйцами паразита овощей, фруктов, воды или путем переноса яиц паразита с шерсти зараженных эхинококком собак при несоблюдении правил личной гигиены.

Доказана также возможность непосредственного попадания онкосфер в дыхательные пути с вдыхаемой зараженной пылью. При благоприятных условиях — достаточной влаге и оптимальной температуре — в яйцах паразита происходит рост зародыша. Это создает повышенное внутри скорлупы давление. Она разрушается, и шестикрючный зародыш выходит наружу. Онкосферы, лишенные оболочки, обладают подвижностью и при помощи трех пар крючьев проникают в толщу слизистой оболочки верхних отделов тонкой кишки. Внедрившись в кровеносные капилляры через систему воротной вены, они проникают в печень, легкие и разносятся по всему организму. Застрав в

капиллярах органа, онкосферы проникают в окружающую ткань, где продолжают развитие в форме гидатидозного эхинококка.

Взрослый, сформировавшийся эхинококковый пузырь имеет вид кисты, окруженной фиброзной капсулой (капсула носителя), которая образуется в результате постоянного давления растущим паразитом и реактивных изменений в окружающих тканях легкого. Оболочка самого паразита состоит из двух слоев — внутреннего, или зародышевого (герминативного), и наружного, или хитинового (кутикулярного); фиброзная капсула не имеет прочной связи с хитиновой оболочкой. От последней она отделена щелевидным перипаразитарным пространством, заполненным тканевой жидкостью. Через фиброзную оболочку происходит обмен веществ между организмом человека и паразитом. Рост эхинококка связан с герминативной оболочкой. Ее клетки имеют беспредельную способность к размножению и образуют выводковые капсулы и сколексы. Последние, попав в кровеносные капилляры (при нарушении целостности материнской кисты), свободно проходят через их стенки и, внедрившись в окружающие ткани, развиваются в виде пузыря. Этот путь распространения паразита называют вторичным, или метастатическим.

Полость эхинококковой кисты наполнена питательной жидкостью, в которой плавают дочерние пузыри, выводковые капсулы и сколексы. Встречаются и бесполое формы эхинококковых кист, не содержащие зародышевых элементов.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ

В клинической картине неосложненного эхинококкоза легкого нет ни единого патогномичного симптома, основываясь на котором можно было бы установить достоверный диагноз. Своеобразием патогенеза заболевания при развитии эхинококка в легком является то, что рост паразита происходит здесь гораздо быстрее, чем в печени и других органах. Это обусловлено более высокой податливостью и эластичностью паренхимы легкого, вследствие чего при своем росте эхинококковый пузырь встречает относительно небольшое сопротивление.

Выделяют 4 стадии заболевания:

1. *Латентная стадия*, которая может продолжаться до 5 лет. В этой стадии развития паразит не причиняет заметных расстройств, которые могли бы проявляться какими-либо клиническими признаками, свидетельствующими о наличии эхинококкового паразита в легком.

2. *Стадия начала клинических проявлений*. Клинические признаки возникают как следствие прогрессирующего роста эхинококковой кисты, механического давления ее на ткань легкого: альвеолы, бронхи, висцеральную плевру. Чаще всего одним из первых симптомов бывают боли в груди различной интенсивности и характера, напоминающие межреберную невралгию или вызывающие чувство необъяснимой “тяжести в груди”. Спустя не-

продолжительное время к этим ощущениям присоединяется кашель, чаще всего сухой или с небольшим количеством мокроты слизистого вида. Деструкция тканей в зоне формирования фиброзной капсулы паразита может сопровождаться нарушением целостности капилляров, мелких кровеносных сосудов. Тогда в отделяемой мокроте можно отметить прожилки измененной и свежей крови (кровохарканье). В этот период развития болезни возможно появление общих расстройств в виде недомогания, слабости, потливости, периодического повышения температуры тела до субфебрильных цифр, изредка — аллергической крапивницы.

Обследование, проведенное в период начальных клинических проявлений эхинококкоза легких, может выявить патологические изменения лишь при значительных размерах эхинококковой кисты, обычно при периферическом ее расположении. При этом в зоне локализации паразита можно отметить укорочение перкуторного звука и ослабленное дыхание, а при воспалительном процессе в легочной паренхиме — крепитирующие и влажные мелкопузырчатые хрипы. У детей и больных молодого возраста иногда появляется асимметрия — выпячивание отдельных участков грудной стенки. Межреберные промежутки на стороне пораженного легкого несколько сглаживаются, и эта половина груди отстает в акте дыхания. При выслушивании над зоной “выпячивания” слышен шум трения плевры. Гораздо реже могут появиться признаки, характеризующие смещение органов средостения в здоровую сторону.

3. *Стадия развитых клинических проявлений.* Этот период характеризуется дальнейшим нарастанием клинических расстройств: усилением болей в груди, более постоянным кашлем, часто с отделением крови. Возникает и прогрессивно нарастает одышка, более выраженными становятся гемодинамические расстройства, обусловленные сдавлением и смещением органов средостения. Многие определяются при этом локализацией паразита в том или ином участке легкого.

4. *Стадия возникновения осложнений.* Возникновение различных осложнений, к которым почти неотвратно приводят прогрессирующее развитие эхинококковой кисты в легком, характеризуется тяжелым течением заболевания и наиболее выраженными его клиническими проявлениями.

Наиболее частыми из этих осложнений являются прорыв и опорожнение эхинококковой кисты в бронх. Как правило, в бронх прорываются центрально расположенные кисты и значительно реже — из периферических отделов легкого. Прорыв эхинококковой кисты сопровождается отхождением с кашлем значительного количества прозрачной жидкости. В ней могут содержаться элементы хитиновой оболочки паразита, иногда — дочерние кисты. Если прорыву предшествовало нагноение кисты, то отделяемая жидкость может быть гнойной, зловонной. Нарушение фиброзной капсулы приводит к появлению в жидкости небольшого количества крови.

Опорожнение большой эхинококковой кисты, значительные размеры соустья ее с просветом бронхиального дерева могут вызвать быстрое и одномоментное поступление большого количества жидкости с явлениями тяжелой асфиксии. Возможно и постепенное опорожнение в бронх

содержимого эхинококковой кисты через небольшое отверстие. Тогда это происходит почти незаметно для больного, лишь увеличивается количество отделяемой мокроты.

У части больных всасывание эхинококковой жидкости из просвета дыхательных путей сопровождается появлением аллергических реакций — крапивницы.

С момента сообщения эхинококковой кисты с просветом дыхательных путей данные, получаемые при физикальном обследовании больных, становятся более многочисленными и многообразными. Это объясняется тем, что прорыв эхинококкового пузыря в бронх сопровождается периодом воспаления легкого вокруг кисты, формированием участков гиповентиляции, иногда — ателектазом сегмента или доли в результате закрытия дренирующего бронха кусочком хитиновой оболочки. Кровохарканье может достигать интенсивности легочного кровотечения.

Самостоятельное заживление полости в легком после вскрытия эхинококковой кисты в бронх и самоизлечение наступают редко. По данным В. С. Гамова (1960), подобный исход отмечен не более чем у 1/5 части больных. Обычно в сформировавшейся полости развивается нагноительный процесс. Тогда последующие течение заболевания, клиническая и рентгенологическая симптоматика приобретают черты абсцесса легкого.

При нарушении целостности эхинококкового паразита всегда следует иметь в виду возможность бронхогенной диссеминации сколексов с развитием множественных эхинококковых пузырей в других отделах легких, а при их проникновении в кровеносное русло — выход процесса за пределы грудной полости.

Прорыв в плевральную полость относится к более редким осложнениям течения эхинококкоза легких. Однако клинические проявления при этом характеризуются значительной тяжестью. Это обусловлено коллабированием легкого, нарастающей дыхательной недостаточностью, которая при одновременном сообщении кисты с просветом дыхательных путей нарастает. Тогда появляется симптоматика, характерная для пневмоторакса, часто — напряженного. Быстрая резорбция эхинококковой жидкости плевральными листками может привести к тяжелому анафилактическому шоку. Опорожнение в плевральную полость нагноившейся эхинококковой кисты усугубляет течение болезни клиническими проявлениями, характерными для тяжелого пиопневмоторакса.

В числе нередких осложнений эхинококкоза легких отмечают гибель паразита, его разложение и нагноение. Процесс нагноения является следствием попадания гноеродной инфекции гематогенным или бронхогенным путями внутрь хитиновой оболочки и вокруг нее. Клиническая картина нагноения отличается относительной “доброкачественностью”, но может протекать по типу блокированного абсцесса легкого,

Множественное поражение одного или обоих легких эхинококковыми кистами наблюдается в 8—22 % случаев. Большое количество кист является результатом одновременного инвазирования в легкое значительного количества

онкосфер — первично-множественный эхинококкоз.

При развитии в одном или обоих легких большого количества эхинококковых кист клинические проявления заболевания выражены ярче, а состояние больных бывает тяжелее. Это объясняется в первую очередь уменьшением дыхательной поверхности легкого, явлениями легочной гипертензии. Ведущими жалобами таких больных являются одышка, кашель, различные проявления гипоксии.

Как показали исследования, до 50 % больных легочным эхинококкозом имеют одновременное поражение печени. Естественно, патология этого органа вносит дополнительные черты в клиническое течение заболевания, что следует учитывать при решении вопросов диагностики распространенности болезни, выборе лечебной тактики.

ДИАГНОСТИКА.

Основным методом диагностики эхинококкоза легких является рентгенологическое исследование: рентгенография в прямой и боковой проекциях, томография и по специальным показаниям — бронхография. В выявлении эхинококкоза легких очень большую роль играет массовое флюорографическое обследование населения, которое с каждым годом применяется все шире. Именно профилактическое обследование позволяет в настоящее время распознать заболевание до появления каких-либо клинических симптомов. Необходимо отметить, что и такие случайно обнаруженные кисты могут достигать 5-10 см в диаметре.

Форма одиночной эхинококковой кисты легкого в рентгенологическом изображении, как правило, округлая или овальная, но может иметь выпуклости и выемки. Контуры эхинококковой кисты обычно четкие, однако, при возникновении перифокального воспаления становятся неровными. Большие кисты могут сдавливать прилежащие бронхи и сосуды, в связи с чем наблюдаются сегментарные и долевые ателектазы, изменения легочного рисунка. Томография позволяет обнаружить небольшие кисты, которые не видны на обычных рентгенограммах. Типичным для эхинококковой кисты бронхографическим симптомом является феномен субкапсулярного контрастирования, в основе которого лежит проникновение вводимого под некоторым давлением контрастного вещества под фиброзную капсулу. При гибели паразита объем жидкости в эхинококковой кисте уменьшается, напряжение кисты падает и рентгенологически может быть отмечено отслоение кутикулярной оболочки от фиброзной капсулы, между которыми появляется полоска воздуха (“симптом отслоения”, “симптом воздушной шапки”, “симптом расщепления контура”). Дифференциальную диагностику эхинококкоза легких необходимо проводить с непаразитарными кистами, злокачественными и доброкачественными опухолями легких, плевры и средостения, туберкуломами, артериовенозными аневризмами, релаксацией диафрагмы в области кардиодиафрагмального угла.

Из специальных методов диагностики эхинококкоза легких широкую

известность получила кожная аллергическая проба — реакция Каццони, предложенная автором еще в 1912 году. Она сводится к внутрикожному введению на предплечье 0,1-0,2 мл эхинококковой жидкости, полученной из паразита, выращенного во внутренних органах экспериментального животного. Для контроля в кожу другого предплечья вводится такое же количество изотонического раствора натрия хлорида. Появление красноты на месте введения антигена в период до 6 ч может свидетельствовать о наличии в организме больного паразита. Считают, что с помощью этой пробы правильный диагноз может быть установлен в 80,5 % наблюдений. Определенное значение имеет постановка этой реакции в эозинофильно-аллергическом варианте: с подсчетом числа эозинофилов в крови больного до и спустя 24 часа после введения антигена. Увеличение их процентного содержания патогномично для эхинококкоза.

Следует иметь в виду, что проба Каццони может сопровождаться тяжелыми аллергическими реакциями, а также активизацией процесса с прорывом эхинококкового пузыря в бронх, поэтому в настоящее время отдавать предпочтение методам иммунологической диагностики эхинококкоза — постановке реакции непрямой микроагглютинации и реакции агглютинации с латексом. Реакция проводится между эритроцитарным эхинококковым диагностикумом (очищенным антигеном из эхинококковой жидкости от овцы) и сывороткой больного. Она исключает неблагоприятные ответные реакции в организме больного и при положительном результате позволяет поставить точный диагноз эхинококкоза.

ЛЕЧЕНИЕ

В последние годы проводятся интенсивные работы в области изыскания препаратов, действующих на личиночную форму *Echinococcus granulosus*. Появились отдельные сообщения о возможности консервативного лечения эхинококкоза с помощью препарата вермокса.

Однако, по общему признанию, в настоящее время единственным методом, решающим проблему лечения больных эхинококкозом легких в социальном аспекте, остается хирургический.

Оперативный метод лечения легочного эхинококкоза должен применяться, возможно раньше, как только установлен диагноз. Лишь абсолютные противопоказания, обусловленные тяжестью общего состояния больного при наличии сопутствующих заболеваний, могут быть причиной отказа от операции.

Оптимальной операцией, к выполнению которой следует стремиться во всех случаях, является “идеальной эхинококкэктомией” - это удаление, вылушивание из фиброзной капсулы паразита в хитиновой оболочке, не нарушая ее целостности (без вскрытия пузыря).

Легочная ткань надсекается в месте наиболее поверхностного залегания кисты, и пузырь тупо вылушивается. Как правило, он легко отслаивается от фиброзной капсулы, для чего удобно использовать тупую ложку (чайную или

столовую — в зависимости от размеров паразита), а также периодически создавать повышенное давление газовой смеси в дыхательном аппарате. После удаления пузыря полость дважды обрабатывается 5 % раствором формалина в глицерине, дважды 96 % этанолом и промывается антисептическим раствором. Это делается для того, чтобы уничтожить сколексы, которые могут находиться в фиброзной капсуле или попасть в нее из небольших надрывов пузыря, оставшихся незамеченными при его выделении.

Нередко при крупных эхинококковых пузырях удалить их без опорожнения не представляется возможным, так как имеется реальная опасность разрыва капсулы при выделении. Тогда осуществляется пункция пузыря толстой иглой с переходником и аспирация содержимого в замкнутую систему. При этом следует всячески предупредить попадание жидкости из пузыря в плевральную полость, что может привести к развитию тяжелого анафилактического шока вплоть до смертельного исхода и, вследствие попадания сколексов, к возникновению эхинококка плевры. Для предупреждения попадания жидкости из пузыря в рану перед пункцией следует дополнительно ограничить этот участок легкого салфетками (сухими или смоченными гипертоническим раствором или раствором какого-либо антисептика). После завершения максимально возможного освобождения кисты паразита от содержимого в нее вводят 5 % раствор формалина в глицерине на срок не менее 5 минут — достаточный для уничтожения оставшихся сколексов. После этого рассекается фиброзная капсула и предпринимается попытка удалить опорожненный эхинококковый пузырь. В случае невозможности это сделать — рассекается хитиновая оболочка, полость паразита осушается, он отделяется от фиброзной капсулы и удаляется, фиброзная капсула дополнительно обрабатывается формалином и спиртом.

При невозможности отделить хитиновую оболочку от фиброзной капсулы паразит удаляется вместе с ней, т. е. выполняется так называемая “радикальная эхинококкэктомия”. При этом необходимо тщательно обрабатывать все мелкие сосуды и бронхи, идущие в капсулу. Особенно тщательно следует выделить и обработать бронх, находящийся в наиболее глубоко расположенной части капсулы — в области ее “дна”.

Полость, оставшаяся после удаления пузыря, может ликвидироваться самостоятельно, если она небольших размеров. Однако лучше произвести ее облитерацию путем наложения кисетных швов в несколько этажей, начиная с наиболее глубоких отделов. После завязывания они обеспечивают тесное соприкосновение стенок полости.

При значительных по размеру полостях, остающихся после удаления гигантских эхинококковых кист, возможно использование приема, предложенного А. А. Вишневым (1956), Производится частичное иссечение фиброзной капсулы, а затем ее края обшиваются непрерывным швом. После расправления легкого стенка полости, составляющая ее “дно”, несколько растягивается, выпрямляется, как бы превращаясь в поверхность легкого, соприкасается с париетальной плеврой, а в дальнейшем — прираивается к ней.

Эти методы оперативных вмешательств обычно применяются либо при

закрытых кистах, либо после вскрытия их в бронх, до развития гнойных осложнений.

В последнее время, с появлением новых антибактериальных средств, эхинококкэктомия с ушиванием полости используется и в случаях, осложненных нагноением.

Если органосохраняющая операция невозможна, то выполняются клиновидные резекции, удаление доли или всего легкого.

Хирургические вмешательства по поводу множественного эхинококкоза имеют существенные особенности, но наибольшие трудности возникают при оказании помощи больным с двусторонним поражением.

При двусторонних эхинококковых кистах приняты последовательные операции: сначала удаляют кисты из одного, а затем из другого легкого. Обычный интервал между операциями 2—3 мес. Одномоментное удаление кист из обоих легких не рекомендуется вследствие большого операционного риска. Определяя очередность оперативного лечения при двустороннем эхинококкозе, учитывают распространенность поражения. Вначале следует оперировать со стороны наиболее измененного легкого. Тогда больные легче переносят послеоперационный период. Затем предпринимается второй этап операции.

Летальность после операций по поводу эхинококкоза легких составляет 0,5—1%. Рецидивы наблюдаются примерно у 1% больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гамов В. С. Однокамерный эхинококк органов грудной полости. — Л.: Медгиз, 2003.
2. Руководство по пульмонологии /Под ред. И. В. Путова, Г. Б. Федосеева /, - Л.: Медицина, 2002.
3. Хирургия легких и плевры: Руководство для врачей /Под ред. И. С. Колесникова, М. И. Лыткина /. — Л.: Медицина, 2003.