

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-
Ясенецкого Минздрава России

Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО

Зав. кафедрой: ДМН, Профессор. Тихонова Е.П

Руководитель ординатуры: КМН, доцент. Кузьмина. Т Ю

Реферат на тему: ЭХИНОКОККОЗ И АЛЬВЕОКОККОЗ

Материал реферата
имеет значение в
будущем время.

Меня актуальны для
практики врачей.

Зав. к.м.н. Т.К.В.

= Кузьмина Т.Ю. =

Выполнила: ординатор 2 года.

Пасечник. П.В

2023

План

1. Этиология и патогенез
2. Клиника
3. Диагностика
4. Лечение
5. Профилактика
6. Литература

Эхинококкоз, альвеококкоз

Этиология и патогенез

Под термином эхинококкоз понимают развитие в органах человека и животных личиночной (гидатидозной) стадии эхинококка, т.е. ленточного гельминта (*Echinococcus granulosus*), паразитирующего в кишечнике собак, волков, лисиц и шакалов. Эхинококкоз встречается преимущественно в животноводческих районах, в Сибири, северных и юго-восточных областях, в Казахстане. Эхинококкозом альвеолярным (альвеококкозом) называют развитие в тканях человека и животных гидатидозной стадии ленточного паразита (*Echinococcus alveolaris*), обосновавшегося в кишечнике песцов, лисиц, волков, собак и енотовидных собак. Альвеококкоз распространён в Якутии и в Сибири, реже в Казахстане, Башкирии, Киргизии и Челябинской области. Половозрелая стадия ленточного гельминта эхинококка размером 2,7-5,4 мм в длину и 0,25- 0,3 мм в ширину развивается в тонком кишечнике перечисленных выше животных и состоит из головки, шейки и члеников. В третьем членике расположена гермафродитная система размножения, имеющая скопление в зрелом четвёртом членике до 800 оплодотворённых яиц. При отделении последнего членика с испражнениями выбрасываются зародыши паразита - онкосферы. Таким образом, носители паразита, т.е. собака, волк, лисица и другие животные, обильно загрязняют зрелыми яйцами огороды, пастбища, водоёмы и свою шерсть. Яйца устойчивы и не теряют жизнеспособности при 10-26С в течение месяца, а при температуре около 0С до 116дней. Наиболее часто встречается в природе такой цикл развития паразита, когда обязательным (облигатным, неизменным) его хозяином являются собака и волк, а промежуточным - домашний скот, в органах которого (чаще всего в печени) развивается личиночная (пузырчатая) форма паразита. При домашнем забое свиней и овец поражённые органы как несъедобные нередко выбрасывают собакам, что приводит к их заражению гельминтом, превращающемся в кишечнике в ленточную форму. Гельминт передаётся домашнему скоту при загрязнении яйцами паразита пастбищ и водоёмов. В эндемических природных очагах (Сибирь, Якутия и др.) встречается и второй цикл развития, при котором ленточная форма паразита находится в кишечнике лисицы, волка и других хищников, а промежуточным хозяином будут лось, олень и другие копытные животные. Хищники заражаются при поедании ими органов больных копытных, а передают паразитов копытным путём загрязнения онкосферами пастбищ и водоёмов. Для альвеококкоза, распространённого преимущественно в Сибири и Якутии, наиболее характерен третий цикл развития, т.е. наличие половозрелой ленточной стадии паразита в кишечнике облигатных хозяев (лисицы, песца, реже волка и собаки), а личиночной стадии - в органах диких грызунов (мышь, полёвка, ондатра, лемминг, хомяк). При поедании грызунов хищниками происходит их заражение, грызуны же заражаются от хищников. Во всех трёх циклах промежуточные хозяева заражаются посредством загрязнения окружающей среды яйцами паразита, выбрасываемыми при дефекации больными собаками и хищниками. Во всех этих циклах возможно также заражение человека через загрязнённые продукты питания (овощи, ягоды), при контакте с собаками (с их шерстью, при обработке шкур диких хищников, через загрязнённые руки и при употреблении сырой воды открытых водоёмов. При проглатывании яиц гельминта эхинококка промежуточным хозяином, т.е. домашними или дикими копытными животными, а яиц альвеококка и грызунами, или человеком под влиянием пищеварительных ферментов зародыш гельминта освобождается от оболочек. Он проникает в слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта, её капилляры и передвигается преимущественно с током крови. Наиболее частым местом оседания

онкосферы зародыша является паренхима печени, поэтому чаще всего (от 45,6 до 77%) встречается эхинококкоз печени. Лишь при прохождении онкосфер через капилляры печени они попадают в малый круг кровообращения, т.е. в лёгкие, где их оседание приводит к поражению этого органа. Поражения лёгких составляют около 10% всех случаев эхинококкоза. Пройдя через капилляры лёгкого, онкосферы разносятся по большому кругу кровообращения и могут привести к поражению любого органа или ткани. Развитие процесса довольно продолжительное, иногда оно достигает 3040 лет. Вначале образовавшийся в орган (например, в печени человека или животных) пузырь растёт медленно, годами. При увеличении гидатидозного эхинококка в результате реактивного воспаления образуется соединительнотканная фиброзная капсула, содержащая внутреннюю хитиновую оболочку паразита. Паренхима органа сдавливается и атрофируется. Полость кисты наполняется бесцветной или слегка желтоватой жидкостью. Из внутреннего зародышевого слоя хитиновой оболочки образуются новые мельчайшие зародыши (сколексы, крючья) и дочерние пузыри (иногда до 1000 шт.), которые также постепенно увеличиваются. Внутри дочерних могут образоваться пузыри третьего (внучатого) порядка. Кистозные образования могут достигать громадных размеров (до 8-10 л). Встречаются и кисты, не содержащие дочерних пузырей. Возможно одновременное развитие нескольких пузырей эхинококка (множественный, однокамерный эхинококкоз). Рост альвеококка происходит не внутри хитиновой оболочки, как рост гидатидозного эхинококка, а в виде мелких кистозных образований, растущих экзогенно, т.е. имеющих инфильтрирующий рост и окружённых плотными соединительнотканными образованиями. Развитие альвеококка напоминает рост злокачественного новообразования, так как он не отодвигает печёночную ткань, а прорастает в неё. Альвеококкоз в органах - это участки некроза и продуктивного воспаления, пронизанные пузырьковидными личинками паразита. Узлы могут быть как одиночными, так и множественными.

Клиника

В клиническом течении эхинококкоза печени можно различить несколько периодов. Во время первого из них процесс протекает бессимптомно. Длительность его установить трудно. Во втором периоде возникают преимущественно субъективные симптомы в виде ощущения полноты и тяжести в области печени, затруднения дыхания, а также болей при растяжении капсулы печени. Иногда периодически появляются крапивница (при аллергизации эхинококковой жидкостью) и эозинофилия крови. В третьем периоде отчётливо выражены объективные симптомы в виде определяющегося в области печени, нередко обнаруживаемого только при обследовании больного опухолевидного образования или уплотнённого края смещённой вниз печени. Наиболее характерна для гидатидозного эхинококка округлая форма определяемого образования, эластичная его консистенция, свободное смещение при дыхательных движениях. Возможны функциональные нарушения соседних смещаемых кистозным образованием органов (желудок, кишечник). В четвёртом периоде эхинококкоза развиваются осложнения. К ним следует отнести разрыв фиброзной капсулы и хитиновой оболочки с излиянием содержимого в свободную брюшную полость или плевру. Возможен прорыв содержимого в желчные пути или их сдавление, прорыв в кишечник и нагноение в полости кисты при попадании в неё инфекции. Самопроизвольный разрыв капсулы или разрыв её при травме и попадание содержимого кисты в свободную брюшную или плевральную полость приводит к развитию анафилактического шока. Появляются тахикардия, крапивница, повышается температура и отмечаются поносы. В результате прорыва кисты развивается желчный

перитонит или происходит диссеминация эхинококкоза по брюшной полости (развитие множественных эхинококковых кист). Прорыв в желчные пути или их сдавление вызывает клиническую картину обтурационной желтухи. Прорыв в кишечник может сопровождаться отхождением с испражнениями и вторичной инфекцией полости кисты с образованием в ней гнойника. Последний может развиться и без прорыва в кишечник при гибели паразита и при попадании в полость эхинококка микробов из желчных путей или с током крови. Нагноение проявляется симптомами ограниченного гнойного процесса, напоминающего абсцесс печени: озноб, высокая, нередко гектическая температура, лейкоцитоз со сдвигом формулы крови влево, боли в правом подреберье, выпот в плевре. Большую опасность представляет такой гнойник в печени из-за возможного прорыва его в брюшную или плевральную полость с развитием перитонита или гнойного плеврита. Запущенные случаи эхинококкоза из-за возросшей санитарной культуры населения наблюдаются редко. Также в редких случаях при гибели паразита происходит обызвествление стенки кисты. Для альвеококкоза характерны участковые изменения печени в виде малоблезненных при пальпации, имеющих хрящевую плотность образований в её ткани. У больного появляется слабость, нарушается его общее состояние, снижаются аппетит и вес. Временами появляется крапивница вследствие всасывания жидкости из эхинококковых пузырей и значительное увеличение количества эозинофилов крови (от 7 до 60%). При дальнейшем развитии альвеококкоза довольно часто наступает сдавление желчных ходов, что приводит к обтурационной желтухе.

Диагностика

Распознавание эхинококкоза и альвеококкоза остаются трудным. Большое значение имеет эпидемиологический анамнез (пребывание в эндемических очагах, общение с собаками, обработка шкур лисиц, песцов и волков, особенно в домашней обстановке). При непонятной эозинофилии, появлении беспричинной крапивницы, увеличении размеров печени больные должны быть направлены на специальное обследование (рентгенологическое, внутрикожная проба с эхинококковым антигеном - реакция Каццони, серологические реакции и латекс-агглютинации, причем титр последней зависит от характера и длительности процесса). Дифференциация заболевания должна производиться от опухолей печени, в частности, от первичного или вторичного её ракового поражения, цирроза печени, непаразитарных кист печени и поджелудочной железы. Подобной дифференциации предшествуют специальные обследования в больничных условиях (лабораторные анализы, сканирование печени, спленопортография, вазография).

Лечение

Лечение заболевания - оперативное, в виде частичной резекции печени при альвеококкозе и удалении кисты или её содержимого при эхинококкозе. Начальная терапия неосложнённого эхинококкоза — албендазол по 10 мг/кг в сут в течение 3 мес. Большие немногочисленные кисты требуют хирургического удаления. Цель операции — удалить кисту полностью и облитерировать остаточную полость, при этом нельзя допустить инфицирования брюшной полости. Сначала проводят аспирацию содержимого кисты, для уничтожения сколексов в кисту вводят 95% этиловый спирт, 20% р-р натрия хлорида или нитрат серебра, затем проводят цистэктомию. Операционная летальность — 2,2%, частота осложнений — 23,7%, основное осложнение — рецидив эхинококкоза в связи с попаданием в организм эхинококковой жидкости. В отдельных случаях проводят резекцию участка печени с кистой. Для лечения холангита проводят эндоскопическое дренирование жёлчных путей в сочетании с папиллосфинктеротомией и удалением кист. Может

потребоваться хирургическое дренирование жёлчных путей. Аспирация однокамерной кисты показана при отказе больного от операции или наличии противопоказаний к ней. Аспирацию проводят на фоне лечения албендазолом под контролем УЗИ иглой №22 диаметром 0,7 мм. В полость кисты вводят 95% этиловый спирт или 20% р-р натрия хлорида. Жидкость исследуют для выявления хитиновой оболочки, крючьев, сколексов. Нередко встречаются и неоперабельные формы альвеококкоза, главным образом при локализации паразитарных узлов в области ворот печени. В таких случаях паразитарные узлы подвергают воздействию химиотерапевтических средств. Такие антипаразитарные препараты, как мебендазол (вермокс), наносят непосредственно на поверхность остающейся части альвеококка. Кроме того, для местной химиотерапии используют 10% раствор этилового спирта. В отдельных случаях обкалывание альвеококковых узлов антипаразитарными средствами может привести впоследствии к секвестрации альвеококка. Если при пункциях паразитарных узлов не удастся обнаружить полостей распад, то целесообразно подвести к центру узла трубку, через которую вводят антипаразитарные средства, ферментные препараты, ускоряющие коликвационный некроз, и при необходимости бактерицидные или бактериостатические средства. Эффективно также подведение к паразитарному узлу печени антипаразитарных препаратов через канюлированную пупочную вену. С этой целью при неоперабельных формах альвеококкоза внутривенно вводят сарколизин. Перфузат, состоящий из сарколизина, 5% раствора глюкозы, гепарина, неокомпенсана (гемодез), вводят в пупочную вену со скоростью 10-15 капель в минуту в течение 7-8 дней. Общая доза сарколизина 200-240 мг. Внутривенная инфузия лекарственных средств улучшает белковообразовательную и антитоксическую функции печени, снижает содержание билирубина в крови.

Профилактика

В местах природной очаговости эхинококка и альвеококка особое значение имеет санитарное обучение населения мерам профилактики. Необходима защита пищевых продуктов от заражения их яйцами гельминтов, т.е. тщательная термическая обработка овощей и мытьё ягод. Следует предупреждать заражение через руки, загрязнённые при соприкосновении собаками и шкурами диких животных. Тушки ондатры и других грызунов после снятия с них шкур должны уничтожаться, а не выбрасываться; вода из открытых водоёмов может употребляться только после её термической обработки. Меры коллективной профилактики эхинококкоза принимает ветеринарный надзор на бойнях. От него могут быть получены сведения о распространённости заболеваний среди домашнего скота. Нужно тщательно контролировать, чтобы поражённые органы домашнего скота уничтожались, а не выбрасывались, особенно при убойе овец и свиней в домашних условиях. Необходим отлов бродячих собак. Ветеринарная организация не реже 1 раза в год должна производить обследование собак, особенно содержащихся в комнатах, на поражённость их гельминтами. Особенно важны меры предосторожности при наличии в семье детей.

Список литературы

1. Кубышкин В.А., Вишневский В.Н. Современные технологии хирургического лечения эхинококкоза печени// Материалы 3 конференции хирургов - гепатологов. - Санкт-Петербург, 1995. -С.33-37.
2. Дятлева Т.С. "Альвеококкоз печени: Диагностика и хирургическое лечение", Якутск, 2002.
3. Нартайлаков М.А. "Альвеококкоз и эхинококкоз", Ростов, 1999. 6. Черемисинов О.В. "Альвеококкоз", Москва, 2005.

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

Институт последипломного образования

Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО

Рецензия КМН, доцента кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО Кузьминой Татьяны Юрьевны на реферат ординатора 2 года обучения специальности «инфекционные болезни» Пасечник Полины Владимировны По теме «Эхинококкоз, альвеококкоз»

Оценочный критерий	Положительный/ отрицательный
1)структурированность	+
2) наличие орфографических ошибок	нет
3)соответствие текста реферата по теме	+
4)владение терминологией	+
5)полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6)логичность доказательной базы	+
7)умение аргументировать основные положения и выводы	+
8)круг использования известных научных источников	+
9)умение сделать общий вывод	+
10)актуальность	+

Итоговая оценка: положительная/отрицательная
Комментарий рецензента —

Дата: 05.02.23

Подпись рецензента

Подпись ординатора