

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «СИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(КАФЕДРА ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ)



СТРОНГИЛОИДОЗ КОХИНХИНСКАЯ ДИАРЕЯ

*Преподаватель: профессор д.м.н
Ильинских Екатерина Николаевна
Выполнил: студент гр. 1304
Эрназаров Умиджон Халилжон угли*

ТОМСК-201

7

ПЛАН

- ▣ **Введение**
- ▣ **Этиология**
- ▣ **Цикл развития и пути заражения**
- ▣ **Клиника**
- ▣ **Осложнения**
- ▣ **Диагностика**
- ▣ **Лечение и профилактика**



ВВЕДЕНИЕ

- ▣ **Стронгилоидоз** (ангвиллюлёз, кохинхинская диарея) — паразитарное заболевание человека, вызываемое круглыми червями рода *Strongiloides*, преимущественно ***Strongiloides stercoralis*** характеризующийся чрезвычайным разнообразием органной патологии желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы. Особенностью данных паразитов является способность с одной стороны жить и размножаться в организме хозяина десятилетиями практически бессимптомно, а с другой — вызывать угрожающие жизни состояния у людей со сниженным иммунитетом (диссеминированный стронгилоидоз со смертностью 60—85 %).
- ▣ Стронгилоидоз широко распространён в странах с тропическим и субтропическим климатом, и в эндемичных районах может поражать до 40 % населения. Всего по оценочным данным стронгилоидозом заражено от 100 до 200 млн человек в 70 странах мира.

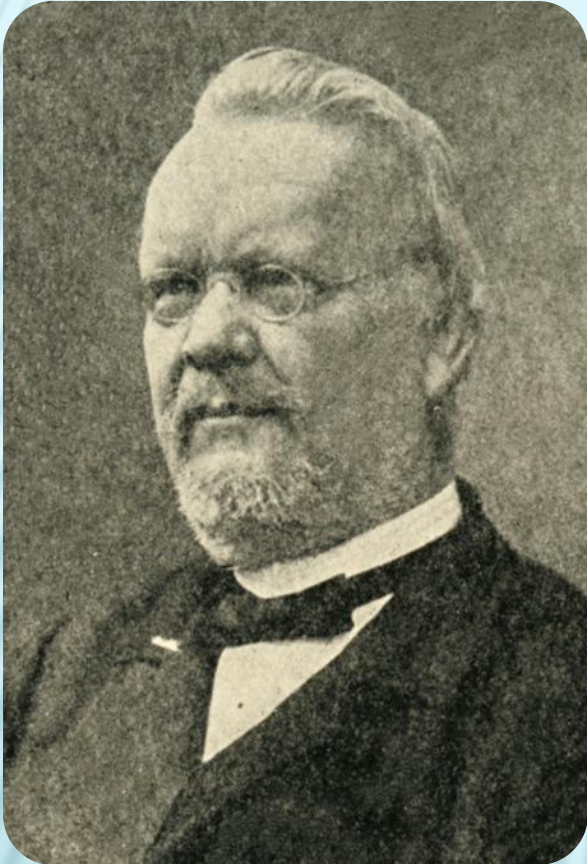
ИСТОРИЯ

Стронгилоидоз под названием «кохинхинская диарея» впервые описал французский врач Normand в 1876 г., обнаружив возбудителя в фекалиях солдат, вернувшихся из Кохинхины (Вьетнам), которые страдали упорными поносами. Основы биологии возбудителя, его жизненный цикл расшифровал R. Leucart в 1882 г. Немецкий паразитолог Фридрих Фюллеборн описал аутоинфекцию и способ проникновения стронгилид(ов) в кишечник.

В последние годы интерес к этой инвазии со стороны медицинской общественности возрос причислением ее к СПИД-ассоциирован



ИСТОРИЯ



Rudolf Leuckart
Fülleborn



Friedrich

ЭТИОЛОГИЯ

- Причиной болезни являются круглые черви рода *Strongyloides*, из которых наиболее частый патоген — *Strongyloides stercoralis* (угрица кишечная). Из остальных 50 с лишним видов этого рода червей большинство безопасны для человека. Спорадически у больных из Африки и Папуа-Новой Гвинеи выделяется вид *Strongyloides fuelleborni*. Виды *S. tyotami* и *S. procyonis* имеют хозяевами животных и могут стать причиной зоонозных инфекций.

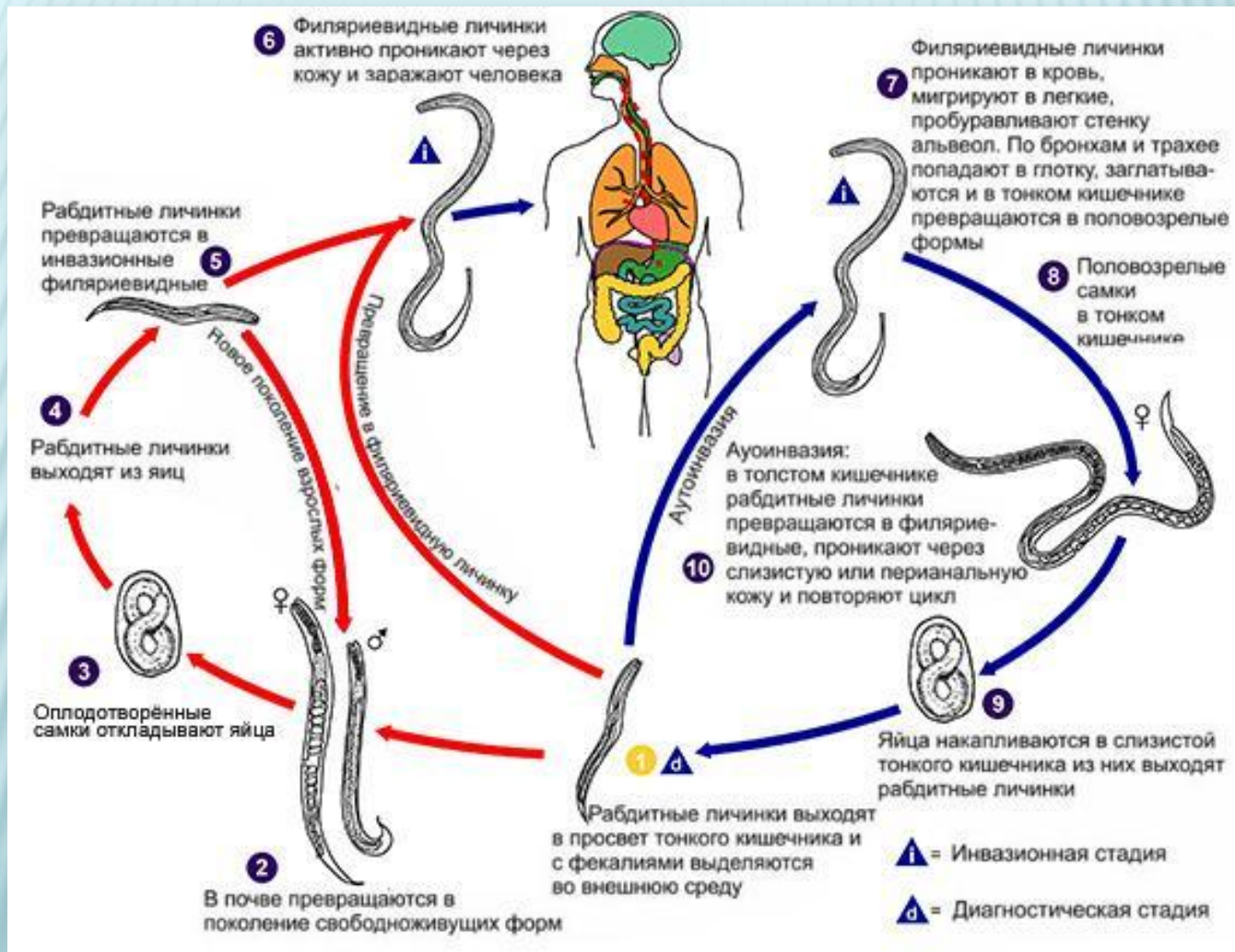


***Strongyloides stercoralis* (угрица
кишечная).**

ЦИКЛ РАЗВИТИЯ И ПУТИ ЗАРАЖЕНИЯ

- Развитие паразитов протекает со сменой свободноживущих и паразитических поколений. Половозрелые самки паразитического поколения локализуются в организме человека в толще слизистой оболочки, главным образом в либеркюновых железах двенадцатиперстной кишки, при интенсивной инвазии проникают в желудок, слизистую тонкого кишечника, панкреатические и желчные ходы. Оплодотворенные самки откладывают яйца, из которых выходят личинки, достигающие в длину 0,2—0,3 мм. Личинки выделяются с фекалиями во внешнюю среду, где либо превращаются в филяриевидные личинки (гомогония), либо в свободноживущих половозрелых самцов и самок (гетерогония), способных откладывать яйца. Филяриевидные личинки способны инвазировать человека, проникая через кожные покровы или через рот с водой и пищей. При перкутантном заражении личинки совершают миграцию, подобно личинкам аскарид и анкилостомид, и достигают кишечника через дыхательные пути, глотку, пищевод.

ЦИКЛ РАЗВИТИЯ И ПУТИ ЗАРАЖЕНИЯ



ЦИКЛ РАЗВИТИЯ И ПУТИ ЗАРАЖЕНИЯ



I. Strongyloides stercoralis, мазок мокроты больного диссеминированным стронгилоидозом



II. Strongyloides stercoralis, личинка первой стадии в анальном мазке



III. Strongyloides stercoralis, самка, видны развивающиеся яйца в репродуктивном тракте

КЛИНИКА

- Наличие двух фаз инвазии, многообразии синдромов поражения различных органов и систем, делает клинику стронгилоидоза полисимптомной.
- В ранней, миграционной фазе преобладают аллергические реакции, кожные зудящие высыпания, крапивница, миалгии, артралгии, гиперэозинофилия, лейкоцитоз, повышение СОЭ.



КЛИНИКА

- ▣ **Кожные проявления.** Розово-красноватого цвета, удлиненной, овальной формы волдыри возвышаются над поверхностью кожи, меняют форму, сопровождаются сильным зудом и «ползут» за расчесом, в результате чего образуются линейной формы высыпания, которые чаще всего локализуются на животе, ягодицах, спине, пояснице, груди, бедрах. Сыпь держится от нескольких часов до 2 - 3 суток и исчезает, не оставляя следов.

КЛИНИКА

- Для **дуодено-желчнопузырной формы** характерно медленное монотонное течение. Основным ее проявлением является в разной мере выраженный болевой синдром с функциональными и органическими поражениями желчного пузыря, дискинетическими расстройствами, установленными результатами холецистографии (деформации тени желчного пузыря, нарушении смещаемости и подвижности и др.). Больные жалуются на горечь во рту, горькие отрыжки, потерю аппетита, боли в правом подреберье, периодически возникающие тошноты и рвоты.



КЛИНИКА

- Основными проявлениями **нервно-аллергической формы** является **аллергический синдром** - крапивница, сопровождающаяся резким зудом кожи, и эозинофилия. Элементы высыпаний возвышаются над поверхностью кожи, чаще располагаются в местах сжатия кожи одеждой. Локализуются преимущественно на коже живота, спины, ягодиц, бедер. Нередко они принимают «линейный» характер - «линейная крапивница». Высыпания держатся 12 - 48 часов, реже дольше и исчезают бесследно. При этом наблюдаются функциональные расстройства нервной системы, астено-невротический синдром. Больные жалуются на общую слабость, головные боли, головокружения, расстройства желудочно-кишечного тракта, потливость, повышенную чувствительность к холоду.



ОСЛОЖНЕНИЯ

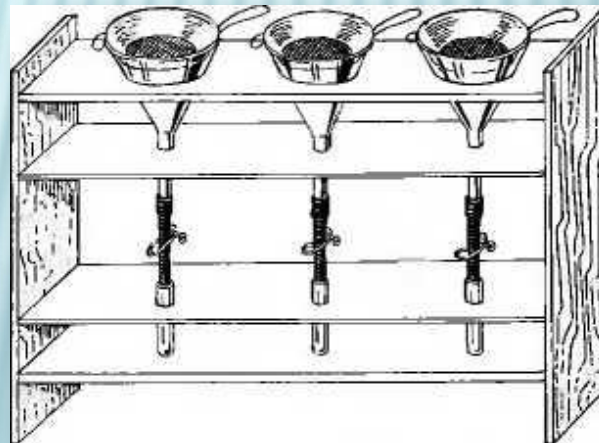
- Стронгилоидоз может давать осложнения на желудочно-кишечный тракт, лёгкие, сердце и другие органы, а также кожные и неврологические вплоть до летального исхода.
- **Желудочно-кишечные**
 - Нарушение усвоения питательных веществ (мальабсорбция)
 - Кишечная непроходимость
 - Аппендицит, перитонит
 - Обструктивная желтуха
- **Лёгочные**
 - Бронхиальная астма
 - Острый респираторный дистресс-синдром
 - Плеврит
 - Лёгочные кровотечения
- **Прочие**
 - Кожные, неврологические, почечные и прочие осложнения.

ДИАГНОСТИКА

- ▣ Немаловажное диагностическое значение имеет собрание эпид. анамнеза, это: работа на шахтах, в горнодобывающей промышленности, на строительных, сельскохозяйственных работах, пребывание в очагах стронгилодоза и др. при которых возрастает риск заражения. Окончательный диагноз подтверждается только после лабораторного исследования кала, дуоденального содержимого, реже мокроты при обнаружении личинок стронгилида.
- ▣ **Существует несколько основных методов диагностики:**
 - Микроскопия кала
 - Модифицированный метод микроскопии по Бергману
 - Культуральное исследование кала на кровяном агаре
 - Иммуноферментный анализ (ИФА, ELISA)
 - Реакция иммунофлуоресценции (IFAT)
 - Полимеразная цепная реакция (ПЦР)
 - Аспирационная биопсия

ДИАГНОСТИКА

- Методом выбора для диагностики стронгилоидоза является метод Бермана, который основан на термотропности личинок к.угрицы. Для обработки фекалий по методу Бергмана (Бермана) пользуются стеклянной воронкой («вороночный метод»), на конец которой надета резиновая трубка с зажимом. В воронку наливают воду или 0,9% изот.р-р, нагретую до 38 °С, на основание воронки помещают металлическую сетку (чайную, оконной решетки) с исследуемыми фекалиями (20 г), которая должна соприкасаться с поверхностью воды. Личинки стронгилоида теплолюбивы, они активно выходят в теплую воду и опускаются вниз, скапливаясь в трубке над зажимом



ДИАГНОСТИКА

- При интенсивной легочной форме личинки Стронгилидов могут быть обнаружены в мокроте. Исследуют мокроту в нативном мазке или суточную порцию смешивают с равным объемом 0,5% раствора едкой щелочи, после пятиминутного встряхивания центрифугируют и осадок исследуют под микроскопом.

Серологические методы диагностики разработаны слабо и вследствие недостаточной специфичности, а также отсутствия технологического оснащения применения в клинической практике не получили (РИФ, ИФА).

ЛЕЧЕНИЕ

- Биохимические особенности паразита не позволяют достичь большого эффекта применением медикаментов в низких дозах. Личиночные стадии плохо поддаются терапии, лечение становится эффективнее при развитии болезни.
- Больные стронгилоидозом подлежат лечению в стационаре. Наиболее эффективными препаратами является минтезол (тиабендазол) и ивермектин (мектизан).



ЛЕЧЕНИЕ

- Минтезол назначают из расчета 25-50 мг/кг массы тела в сутки в 3 приема 2 дня подряд.
- Ивермектин (мектизан) - по 200 мг/кг/сут в течение 2 дней.
- Так же могут быть использованы вермокс, альбендазол. Больным назначают десенсибилизирующие средства, при интоксикации проводят инфузионную терапию. Контроль эффективности лечения через 2 нед и затем ежемесячно в течение 3 мес.



ПРОФИЛАКТИКА

- ▣ **Профилактические мероприятия при стронгилоидозе** направлены на выявление и оздоровление инвазированных и на охрану окружающей среды от загрязнения фекалиями.

Обязательному обследованию на стронгилоидоз подлежат больные, страдающие заболеваниями органов пищеварения, гепатобилиарной системы, особенно при наличии у них эозинофилии или крапивницы, т. е. при наличии характерных для инвазии клинических показаний.

Учитывая особенности эпидемиологии стронгилоидоза, наличие групп профессий повышенного риска заражения, обследованию методом Бергмана подлежат землекопы, шахтеры, рабочие очистных сооружений, строители дорог, парниковых хозяйств, овощных баз и др., а также лица, находящиеся в больницах, интернатах, колониях для психических больных.

БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. «Инфекционные болезни» Нац. Руководство гл. ред.: Н.Д.Ющук, Ю.Я. Венгеров 2009 г.
2. «Инфекционные болезни» Р.Эмонд, Х. Роуланд, Ф.Уэлсби. 1998 г.
3. www.infectology.ru
4. www.eurolab.ua