

Хирургические аспекты паразитарных заболеваний

Лекция

ЭХИНОКОККОЗ

- Эхинококкоз - опасное паразитарное заболевание, приводящее к инвалидности и гибели людей в возрасте от 20 до 50 лет. Лица молодого и трудоспособного возраста составляют 90 % случаев.
- В настоящее время наиболее часто эхинококкоз встречается в Австралии, Новой Зеландии, Южной Америке, Северной Африке, Монголии, странах Средиземноморья. В СНГ - в республиках Средней Азии, и Закавказья, Поволжье, Крыму и Ставропольском крае.
- Распространение паразита происходит не только среди людей занимающихся животноводством, но и среди горного населения.
- Подчеркивается, что эхинококкоз в 2 раза чаще бывает у мужчин, чем у женщин.
- Эхинококковая болезнь часто поражает печень (50-85%), причем у 12-50% больных наблюдаются гнойные и другие осложнения со стороны эхинококковых кист в печени. В 12,4% встречается легочная форма.

История вопроса

- Первые описания принадлежат представителям школы **Гиппократа**. Гиппократ предложил активный способ лечения, путем прижигания брюшной стенки и кисты раскаленным железом с опорожнением ее содержимого.
- **Клавдий Гален** указывает, что излюбленным органом гельминта является печень.
- Ученые древности считали, что эхинококкоз представляет собой расширение лимфатических сосудов или серозные растяжения (cystides) под названием "гидатиды".
- В 1681 году итальянский натуралист **Redi** впервые высказал предположение о животной природе эхинококка.
- **Malpighi** установил, что заключенные в собственную оболочку "водянистые пузырьки" являются живыми существами.
- В 1801 году **Rudolphi** впервые ввел термин "эхинококк".
- В 1833 году **Sibold** описал шестикрючный зародыш эхинококка.

История вопроса

- В развитии гельминтологии во второй половине 19-го века большая заслуга принадлежит русским ученым **Андрееву Н.Ю.** и **Лебедеву А.И.**, которые в 1889 году в своих исследованиях показали, что наряду с циклом развития эхинококка со сменой хозяина в отдельных случаях он может развиваться и без участия дефинитивного хозяина (собаки).
- До недавнего времени было принято считать, что возбудителем однокамерного и альвеолярного эхинококкоза является один и тот же вид цестоды - *Echinococcus granulosus*. Своеобразное строение альвеолярного эхинококка и наблюдавшееся очаговое его распространение побудили **Morin** (1875) высказать предположение, что возбудителем однокамерного и альвеолярного эхинококкоза являются цестоды двух разных видов.
- В 1959 году **К.И. Абуладзе** на основании морфологических, биологических, и патогенетических особенностей между возбудителями однокамерного и альвеолярного эхинококков выделил альвеолярный эхинококк в особый вид *Alveosoccus* с единичным видом *Alveosoccus multilocularis*. Принято обозначать альвеолярный эхинококк - альвеококком и вызываемое им заболевание - альвеококкозом, а однокамерный эхинококк - эхинококкозом и соответствующее заболевание эхинококкозом.

Паразитарные кисты печени



- **Гидатидный эхинококк** печени вызывается паразитированием личиночной стадии ленточного глиста *Echinococcus granulosus*



- **Альвеолярный эхинококк** (альвеококкоз) печени - тяжелое, длительно протекающее заболевание, вызываемое ленточным гельминтом *Echinococcus multilocularis*

Этиология, эпидемиология и патогенез

- Возбудителем эхинококкоза является личиночная стадия ленточного гельминта, относящегося к типу Plathelminthes, классу Gestodea, подклассу Gestoda, отряду Cyclophyllidea, подотряду Taeniata, семейству Teniidae, роду Echinococcus, виду Echinococcus granulosus.
- Жизненный цикл эхинококка совершается со сменой двух хозяев. Окончательными хозяевами являются: домашняя собака, волк, шакал, лисица, рысь и др. Промежуточными хозяевами, в организме которых развивается личиночная (пузырчатая) стадия эхинококка, служат: овца, крупный рогатый скот, верблюд, лошадь, свинья, обезьяна, некоторые грызуны, а также человек.

Этиология, эпидемиология и патогенез

- Половозрелая форма эхинококка - мелкая цестода (2,7-5,4 мм длиной), состоит из 3-4 члеников, сколекса и шейки.
- Сколекс вооружен двойной короной крючьев в количестве 36-40 и имеет 4 мышечные присоски.
- Яйца округлые или овальные, имеют нежную радиальную исчерченную оболочку.
- Каждое яйцо содержит шестикрючный зародыш (онкосферу).

Этиология, эпидемиология и патогенез

- Личиночная стадия эхинококка представляет собой наполненный жидкостью пузырь, который может достигать размеров от просяного зерна до головки новорожденного ребенка и более.
- Стенка пузыря состоит из наружной (кутикулярной) оболочки и внутренней (зародышевой или герминтативной) оболочки.
- Полость пузыря заполнена жидкостью, в которой нередко плавают сколексы, дочерние и внучатые пузырьки.
- Зрелые сколексы образуют так называемый гидатидный песок.

Этиология, эпидемиология и патогенез

- Эхинококковая жидкость прозрачна, бесцветна, с удельным весом 1007-1015, нейтральной или слабокислой реакцией. Жидкость обладает токсическими и аллергическими свойствами.
- Пузырь, в котором развиваются дочерние и внучатые пузыри, носит название материнского. Он одет толстой фиброзной капсулой, образовавшейся в результате реактивных явлений со стороны окружающих эхинококк тканей хозяина.

Этиология, эпидемиология и патогенез

- Характерной особенностью развития однокамерного эхинококка человека является интенсивное воспроизводство эндогенных пузырей.
- Заражение человека происходит в результате проглатывания яиц эхинококка, которые рассеиваются во внешней среде инвазированными животными.
- Онкосферы могут попасть человеку в рот через руки и пищу.
- Попад в пищеварительный тракт хозяина, онкосферы эхинококка освобождаются от своей оболочки и проникают в толщу слизистой оболочки желудка или кишки, откуда попадают либо в венозные, либо в лимфатические сосуды.
- Чаще всего по верхней брыжеечной вене они заносятся в воротную вену и оседают в печени.
- Часть зародышей проходит печеночный барьер и через нижнюю полую вену, правое сердце и через малый круг кровообращения попадают в легкие.

Этиология, эпидемиология и патогенез

- Единичные онкосферы могут быть занесены в любой орган, где и превращаются в эхинококковые пузыри.
- В литературе имеются указания, что заражение может произойти также аэрогенным путем, через раневую поверхность, конъюнктиву глаз и по слюнным протокам.
- Проникнувший в орган зародыш по истечении 60 часов становится заметным в виде маленького протоплазматического тельца, расположенного в центре реактивного воспаления. По истечению 4 суток в центре паразита наблюдается вакуолизация - первое проявление формирующейся внутренней полости. Дальнейший рост пузыря происходит медленно.
- Вторичный эхинококкоз возникает без смены хозяина, при разрыве первичной кисты, т.е. происходит самозаражение организма.

Этиология, эпидемиология и патогенез

Распространение паразита в организме хозяина происходит следующим путем:

1. гематогенным путем;
2. по серозным оболочкам;
3. через слизистую оболочку;
4. по лимфатическим путям.

Этиология, эпидемиология и патогенез

- При отмирании эхинококкового пузыря жидкость мутнеет, всасывается, а часть ее превращается в замазкоподобную массу, герминативный слой разрушается, оболочки пропитываются солями извести. Небольшая киста может полностью исчезнуть, оставив на своем месте лишь рубец.
- Отмирание паразита может быть вызвано отсутствием надлежащих условий для его развития, нагноением или кровоизлиянием в кисту, травмой, физиологической старостью кисты.

КЛАССИФИКАЦИЯ

I. По локализации:

1. Эхинококкоз органов брюшной полости:
 - а) печени,
 - б) желчных путей,
 - в) поджелудочной железы,
 - г) органов и клетчатки малого таза.
2. Эхинококкоз органов грудной клетки:
 - а) легких и плевры,
 - б) средостения.
3. Другие локализации:
 - а) почек,
 - б) костей,
 - в) мышц и подкожной клетчатки.
4. Редкие локализации:
 - а) забрюшинного пространства,
 - б) женских половых органов,
 - в) молочных желез,
 - г) щитовидной железы,
 - д) слюнных желез,
 - е) пальцев,
 - ж) прочие локализации.

II. Эхинококкоз у детей.

III. Формы: альвеолярная гидатиозная.

IV. Клинические стадии:

1. бессимптомная,
2. проявление симптомов,
3. выраженных патологических изменений и осложнений.

Клиническое течение

Клиническая картина зависит от:

1. реакции организма на внедрившуюся и развивающуюся онкосферу,
2. характера изменений в пораженном органе,
3. быстроты роста пузырей,
4. их размеров,
5. вызываемых осложнений.

Клиническое течение

Клиническое течение эхинококкоза с некоторой условностью можно разделить на стадии.

Наиболее удобной является классификация А.В.Мельникова:

1 стадия - бессимптомная, от момента проникновения онкосферы в организм до появления первых признаков заболевания. Может длиться несколько лет. Состояние больных нарушается мало.

2 стадия - стадия проявления симптомов, характерных для неосложненных кист. Клиническая картина при этом бывает пестрая в зависимости от локализации паразита и темпа развития кисты. При бурном росте она вызывает серьезные нарушения функции пораженного органа, при медленном развитии она не вызывает заметных нарушений.

3 стадия - стадия выраженных патологических изменений и осложнений. В этом периоде отмечаются осложнения и в самой паразитарной кисте (перфорация, нагноение, обызвествление). Однако гибель паразита еще не означает, что больной выздоровел. Наоборот, эта стадия опасна, так как таит в себе возможность тяжелых осложнений, угрожающих жизни больного.

Клиническое течение

- Чаще всего диагноз эхинококкоза устанавливается во второй стадии заболевания, когда симптомы бывают хорошо выражены.
- По времени возникновения они подразделяются на ранние (неспецифические) и поздние (специфические).
- Самыми частыми и ранними признаками заболевания при всех локализациях паразита являются **боли**, которые возникают задолго до развития других признаков и носят колющий, щемящий или ноющий характер.
- Другим признаком эхинококкоза следует считать появление медленно растущей, часто безболезненной **опухоли**. Она может быть плотной или эластической, вколоченной или подвижной. При поверхностном расположении важным признаком кисты является симптом флюктуации.

Клиническое течение

- По мере увеличения кисты можно обнаружить деформацию отдельных частей тела: подреберной дуги при эхинококкозе печени, грудной клетки - при эхинококкозе легких и т.д.
- Некоторые авторы придают диагностическое значение крапивнице, которая является выражением анафилаксии. Она носит название "местной" крапивницы.
- Температура зависит от интоксикации, вызванной паразитом, от воспалительного процесса. При перфорации кисты или ее нагноении t достигает 38-39 °C, иногда сопровождается ознобом.
- Токсические вещества, выделяемые гельминтами, обладают нейротоксическими и гематотоксическими свойствами. Они могут вызывать головные боли, потерю аппетита, слабость, анемию, эпилептические припадки, парезы, приступы удушья.

Клиническое течение эхинококкоза печени

- Для эхинококкоза печени характерно: тупые боли в правом подреберье и в нижнем отделе грудной клетки, с иррадиацией в правую лопатку, спину и поясницу; слабость, недомогание, изжога, отрыжка, тошнота, похудание, повышение температуры тела, увеличение размеров печени; желтушность кожи и склер.
- При оттеснении диафрагмы эхинококковой кистой развиваются одышка, сердцебиение.
- Пальпаторно определяется увеличение печени, наличие опухолевидного образования округлой или овальной формы эластической или плотной консистенции-при поверхностном расположении кисты.
- При расположении кисты на диафрагмальной поверхности иногда определяется положительный френикус симптом.

Клиническое течение эхинококкоза легких

- Наиболее характерные симптомы: боли в грудной клетке различной интенсивности, кашель, кровохарканье, одышка, повышение температуры тела, выпячивание грудной стенки.
- При эхинококкозе легкого большая наружная киста может привести к выпячиванию грудной клетки, к сглаживанию межреберных промежутков.
- Притупление определяет размеры кисты и ателектатического участка в легком.
- Аускультативно улавливается шум трения плевры и мелкие влажные хрипы в легком, расположенном вокруг кисты с ослаблением и исчезновением дыхания в центре зоны притупления.
- В общем анализе крови отмечается эозинофилия.
- Также используется в/к аллергическая реакция Кацони, эффективной и безвредной является реакция латекс-агглютинации, которую используют с целью раннего выявления бессимптомных стадий эхинококкоза.
- Характерным признаком эхинококковой кисты в легком является изменение формы ее тени при дыхании (симптом Неменова). Иногда кисты сдавливают прилежащие бронхи и сосуды, вызывая ателектазы. Небольшие кисты выявляются при помощи томографии, отдельных случаях - бронхографией.
- Используется и УЗИ которое помимо наличия кист определяет локализацию, глубину, расположение и их размеры.

Клиническое течение эхинококкоза селезенки

- боли в левом подреберье,
- чувство тяжести,
- давления в левом подреберье,
- деформация грудной клетки,
- затруднение дыхания,
- нарушение функции желудка,
- слабость,
- похудание,
- повышение температуры тела.

ДИАГНОСТИКА

Лабораторные исследования.

- В общем анализе крови отмечается эозинофилия. Эозинофилия является признаком только живого паразита, что подтверждается пробой Анфилогова - после пальпации только живой кисты происходит увеличение числа эозинофилов. Постоянным является повышение СОЭ.
- При осложненном эхинококкозе почек в моче наблюдаются изменения: микрогематурия, пиурия, патологическая флора, появление эхинококковых пузырей, обрывков оболочек паразита.

ДИАГНОСТИКА

Иммунологические исследования.

- Используется в/к аллергическая реакция Кацони.
- Эффективной и безвредной является реакция латекс-агглютинации, которую используют с целью раннего выявления бессимптомных стадий эхинококкоза, однако возможно развитие анафилактического шока при повторном введении аллергена при проведении реакции.
- Надежность иммунологической диагностики повышается при одновременном применении 3-4 серологических реакций: латекс-агглютинации, непрямой гемагглютинации и двойной диффузии в геле.

Рентгенологическое исследование.

- Используют многоосевую рентгеноскопию, рентгенографию в прямой и боковой проекциях, томографию, в отдельных случаях бронхографию. Характерным признаком эхинококковой кисты в легком является изменение формы ее тени при дыхании (симптом Неменова). Иногда кисты сдавливают прилежащие бронхи и сосуды, вызывая ателектазы. Небольшие кисты выявляются при помощи томографии.
- Информативность Р-исследования печени зависит от положения и состояния кисты. При локализации в передне-верхней и диафрагмальной частях печени - отмечается высокое стояние правого купола диафрагмы, деформация ее, ограничение подвижности. Применяется в дифференциальной диагностике искусственный пневмоперитонеум, холецистография, интраоперационная холангиография.

ДИАГНОСТИКА

Компьютерная томография.

При эхонококкозе печени может определяться:

- увеличение размеров органа,
- деформация контура,
- смещение анатомических структур.

Паразитарные кисты печени

Компьютерная томограмма



- Признаком эхинококковых кист при их длительном развитии является наличие в их полости т. н. «дочерних пузырей».



- Другим признаком эхинококковой кисты служит капсула, толщина которой при длительном течении заболевания может достигать 10 мм.

ДИАГНОСТИКА

Ультразвуковое исследование.

- При эхинококкозе печени на одномерной эхограмме образуется "беззвучное" пространство, которое соответствует полостям кист.
- На двухмерной эхограмме на фоне ткани печени отмечаются одиночные или множественные полостные образования.
- Помимо наличия кист можно определить локализацию, глубину, расположение и их размеры.

ДИАГНОСТИКА

Радиоизотопное исследование.

- Позволяет выявить размеры и форму органа, очаги поражения и их локализация, наблюдать за динамикой их развития, невозможно установить характер очаговых поражений на скенограмме, что затрудняет дифференциальную диагностику.
- Сцинтиграфия, электрорентгено-гепатосканирование позволяют точно определить локализацию патологического образования, скелетотопическую ориентацию.

ДИАГНОСТИКА

Селективная ангиография.

- При эхинококкозе определяется овальной или округлой формы бессосудистая зона, окруженная артериальными сосудами.

ДИАГНОСТИКА

Лапароскопия.

- Позволяет определить поверхностно расположенные паразитарные кисты, которые выглядят в виде сферической формы образования с гладкой матовой поверхностью розовато-голубого цвета, четко определяется граница фиброзной капсулы, окружающая ткань печени не изменена.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА

Основные принципы эхинококкэктомии:

1. Недопущение рассеивания сколексов во время операции.
2. Эхинококкэктомию начинают с пункции кисты иглой большого диаметра с боковыми отверстиями, на павильон ее одевается трубка связанная с отсосом. После удаления жидкости рассекают и срезают часть фиброзной капсулы, после чего удаляют кутикулярную и герминтативную оболочки.
3. Операцию заканчивают ликвидацией остаточной полости.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА

- Эхинококковые кисты развивающиеся в селезенке, обычно удаляют вместе с органом.
- В почке киста растет периферически и после ее устранения только обшивают фиброзную капсулу.
- В брюшной полости, в мышцах чаще осуществляют идеальную эхинококкэктомию.
- При легочной локализации полость ликвидируют путем капитонажа.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА

- При гидатидном эхинококкозе - операцией выбора считается вскрытие кисты с эвакуацией ее содержимого, при альвеококкозе прибегают к резекции печени, резекции - вылуцованию или вылуцованию на границе со здоровыми тканями.
- Высокая частота развития серьезных осложнений гидатидозной формы эхинококкоза диктует необходимость хирургического лечения независимо от размеров кисты.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА

- Оптимальный способ лечения - эхинококкэктомия.
- Идеальную эхинококкэктомию, при которой удаляют всю кисту с ее хитиновой и фиброзной оболочками без вскрытия просвета, применяют редко - при небольших размерах кисты, ее краевом расположении.
- При крупных кистах, расположенных в толще ткани печени, такой способ чреват повреждением крупных сосудов и желчных протоков.
- Чаще применяют удаление кисты с ее герметативной и хитиновыми оболочками после предварительной пункции полости кисты, с отсасыванием ее содержимого, это позволяет избежать ее разрыва и диссеминации паразита.
- После удаления кисты фиброзную оболочку изнутри обрабатывают 1% раствором формалина и ушивают отдельными швами изнутри (капитонаж).

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА

- При невозможности ушивания прибегают к тампонаде ее сальником.
- При нагноении содержимого кисты после завершения основного этапа операции оставшуюся полость дренируют.
- У неоперабельных больных проводится общая и местная химиотерапия противопаразитарными средствами: триафлавин, тэпаль или сарколизин, паллиативные операции: удаление основной массы узла с оставлением его фрагментов в области ворот печени, наружное дренирование желчных путей при обтурационной желтухи, дренирование полости распада, введение в толщу ткани узла противопаразитарных пепаратов, криодеструкция паразита под воздействием низких температур (жидкого азота).

АЛЬВЕОКОККОЗ

- Альвеококкоз — многокамерный или альвеолярный эхинококкоз из группы теннидозов, вызываемый личинками *Echinococcus multilocularis* и характеризуется образованием паразитарных узлов в печени.
- Поражение других органов бывает редко.
- Однако метастазы альвеококкоза в лимфатических узлах забрюшинной клетчатки, легких и головном мозге встречаются часто.
- Гельминт 1,3 — 2 мм, хозяин — собака, песец, волк, кошка, промежуточный — грызуны, человек — тупик.

АЛЬВЕОКОККОЗ

- Личиночная форма альвеококкоза представляет собой плотную, мелкобугристую опухоль, которая состоит из соединительнотканной основы и конгломерата мелких пузырьков, прилегающих друг к другу.
- На разрезе такая опухоль напоминает мелкопористый сыр. Альвеококковый узел является очагом продуктивно-некротического воспаления. Вокруг очагов некроза, содержащих пузырьки альвеококкоза, образуется вал (грануляционный).

АЛЬВЕОКОККОЗ

- По мере роста паразитарного узла в центре его из-за недостаточного кровообращения происходят некроз и гибель части пузырьков.
- В результате образуется полость – каверна, заполненная прозрачной или мутной жидкостью с секвестрами альвеококковой ткани и детритом. Содержимое паразитарных каверн, как правило, стерильное. Периферическая часть узла представляет собой активно размножающиеся пузырьки паразита.
- Паразитарные узлы при альвеококкозе округлые, цвета слоновой кости. Размер от 4-5 до 10-12см в диаметре. Узлы чаще малигнизируются в правой доле печени. Непораженная часть печени подвергается гипертрофии.

АЛЬВЕОКОККОЗ

- Характерной особенностью альвеококкового узла является железоподобная плотность его тканевой структуры.
- Узел, выходящий на поверхность печени, имеет вид мелко — или крупнобугристого белесоватого, округлого пятна. По периферии узла на границе с печеночной тканью неровность приобретает характер отдельных желтовато-белых узелков.
- Возможно, при прогрессировании заболевания, цирротическое перерождение печеночной ткани.
- Возможно распространение альвеококкового узла на соседние органы и ткани: желчный пузырь, сальник, забрюшинную клетчатку, диафрагму и т.д.
- При альвеококкозе гельминт sensibilizes организм продуктами обмена и механически воздействует на ткани. Возможна вторичная бактериальная инфекция.

Клиническая картина альвеококкоза

- Клиническая картина складывается из общих и местных симптомов.
- Варианты клинического течения, степень выраженности местных и общих симптомов зависят от стадии развития патологического процесса, а также от характера осложнений.
- В первые месяцы и годы альвеококкоз печени протекает почти бессимптомно.
- Первым признаком заболевания является увеличение печени, которое обнаруживают обычно случайно. Больные чувствуют себя удовлетворительно и часто никаких жалоб не предъявляют.
- Позже возникает ощущение давления в правом подреберье, а при локализации паразитарного узла в левой доли печени – в эпигастральной области.
- Затем появляется чувство тяжести и тупая ноющая боль. К этому времени через переднюю брюшную стенку удастся прощупать железовидной плотности печень с неровной поверхностью. При этом болезненность отсутствует или незначительна.
- В течении нескольких лет печень продолжает постепенно увеличиваться, становясь бугристой и болезненной при пальпации. Жалобы бывают разнообразными и не носят специфического характера.
- В дальнейшем появляется слабость, понижение аппетита, похудание. Присоединяется желтуха, сопровождающаяся кожным зудом и ахолическим стулом. Возможен асцит.

Клиническая картина альвеококкоза

- Клиническая картина альвеококкоза при локализации его в воротах печени в отличие от других локализаций, характеризуется ранним развитием механической желтухи вследствие прорастания или сдавления паразитарным узлом внепечёночных желчных путей, чаще всего в зоне слияния правого и левого печёночных долевых протоков.
- Альвеококкоз может привести к сдавлению воротной вены и к развитию синдрома портальной гипертензии. Однако это осложнение встречается не часто, поскольку в связи с медленным ростом успевают развиться коллатеральное кровообращение в системе воротная вена — нижняя полая вена (расширение вен на передней брюшной стенке, варикозное расширение вен пищевода и желудка, геморроидальных вен, спленомегалия). Возможно развитие геморрагического синдрома (кровотечение из вен пищевода и кардиальной части желудка, слизистой оболочки носа, десен, точечные и геморроидальные кровотечения).

Клиническая картина альвеококкоза

- При метастазах в легкие больные жалуются на боли в грудной клетке, одышку, кашель со скудной мокротой и даже кровью. При метастазировании в головной мозг больные жалуются на головную боль, головокружение, нарушение сна; возможны эпилептические припадки.
- Из местных симптомов наиболее частыми при альвеококкозе являются увеличение и асимметрия живота, расширение подкожных вен. Определяются бугристые, железовидной плотности опухолевидное образование, связанные с паренхимой печени.

Диагностика альвеококкоза

- Среди методов исследования наиболее информативные: ультразвуковое исследование, радионуклидное сканирование печени, лапароскопия, компьютерная томография. Иногда на обзорных рентгенограммах печени у больного альвеококкозом можно видеть мелкие очаги обызвествления в виде т.н. «известковых брызг».
- Большое значение в диагностике заболевания имеет пункционная биопсия, во время лапароскопического исследования, при котором отчетливо определяется плотный белесоватого цвета узел паразита на темном фоне печени. Биопсия возможно только после исключения эхинококкоза.
- В лабораторных условиях большое значение имеет иммунологическая реакция Кацони и латекс-аглоутинации.
- Также возможно наличие анемии (воздействие токсических продуктов), повышение СОЭ, эозинофилия.

Дифференциальная диагностика альвеококкоза

- Альвеококкоз печени необходимо дифференцировать от гидатидного эхинококкоза, цирроза и новообразований печени.
- Трудно отличить альвеококкоз от гидатидного эхинококкоза, т.к. все симптомы и лабораторные тесты, в т.ч. реакция Кацони и гемаглютинации с латексом, эозинофилия и др. могут наблюдаться при обоих заболеваниях.
- При R-исследовании компактные участки обызвествления при гидатидном эхинококке можно отличить от «известковых брызг» при альвеококкозе.
- Отличие от цирроза в поздних изменениях функции печени, положительные реакции Кацони и гемаглютинации с латексом.

ОПИСТОРХОЗ

- Гельминтоз печени, желчного пузыря и поджелудочной железы, возбудителем которого являются два вида трематод (сосальщика) — *Opisthorchis felinus* и *Opisthorchis viverrini*.
- На территории России встречается лишь первый вид (двуустка кашачья, двуустка сибирская).
- Взрослая особь размером 4 – 13 мм х 1 х 3,5 мм, паразитирует во внутри- и внепеченочных желчных протоках, желчном пузыре и протоках поджелудочной железы человека и ряда плотоядных млекопитающих (окончательные хозяева).
- Промежуточные хозяева — моллюски (*Bithynia leachi*, *B. inflata*).
- Дополнительные хозяева рыбы семейства карповых.
- Человек и плотоядные животные, зараженные описторхозом являются источниками инвазии.
- Моллюски заглатывают с пищей яйца паразита, попавшие в воду с фекалиями больных людей и животных. Развившись в моллюсках, личинки выйдя в воду, проникают через кожу рыб в их подкожную клетчатку и мышцы.
- **Заражение человека происходит при употреблении в пищу сырой или недостаточно термической обработанной рыбы.**

ОПИСТОРХОЗ

- В патогенезе описторхоза основную роль играют сенсibilизация организма больного продуктами обмена паразита, механическое воздействие описторхисов, нервно-рефлекторные влияния, вторичная бактериальная инфекция.
- Взрослые паразиты повреждают стенки желчных протоков присосками, а молодые — щитинками. Скопления паразитов в выводных протоках затрудняют ток желчи и секрета поджелудочной железы. Таким образом, в желчных протоках создаются условия для присоединения вторичной бактериальной инфекции. Раздражение гельминтами интрарецепторов ведет к рефлекторному нарушению функции желудка, двенадцатиперстной кишки, сердечно-сосудистой системы. В результате длительного раздражения стенок желчных протоков и сенсibilизации организма человека наступают железистая гиперплазия их эпителия и периканаликулярный склероз.

ОПИСТОРХОЗ

- Основными патоморфологическими проявлениями описторхоза служат продуктивный холангит и холецистохолангит. Воспалительный процесс в желчных протоках часто имеет характер гнойного.
- В результате длительной инвазии в желчных протоках, главным образом периферических, расположенных под капсулой печени, ее связках и ложе желчного пузыря, происходят грубые морфологические изменения. Стенки таких протоков подвергаются склерозированию, эпителий в них слущен, в просвете скапливаются нагноившаяся желчь и описторхосы. Желчь в большинстве случаев инфицирована, чаще всего в ней находят кишечную палочку.
- В протоках образуются множественные внутри- и внепеченочные холангиоэктазы, вплоть до ретенционных кист в печени и на ее поверхности.

ОПИСТОРХОЗ

- Холангиоэктазы представляют собой резко расширенные междольковые желчные протоки. Они формируются чаще по переднему краю верхней и нижней поверхности обеих долей печени. Ширина их достигает 0,5 - 0,7 см, стенка утолщена. Они выбухают над поверхностью печени в виде белесоватых извилистых шнуров и пузырьков, в просвете находятся описторхосы.
- Капсула печени, покрывающая стенку холангиоэктазов, утолщена, тусклая, местами сращенная с диафрагмой, желудком или сальником. По морфологической структуре холангиоэктазы желчного пузыря и связок печени ничем не отличаются от внутрипеченочных протоков. Их дислокация происходит в результате атрофических изменений края печени, увеличения желчного пузыря и удлинения левой треугольной связки.

ОПИСТОРХОЗ

- Холантиоэктазы представляют серьёзную опасность во время операции, производимой по поводу какого-либо осложнения описторхоза, так как легко повреждаются и могут стать источником желчного перитонита.
- Последний, чаще возникает при пересечении левой треугольной связки, холецистэктомии, разделения спаек печени с сальником, желудком, диафрагмой.
- Может возникнуть и спонтанная перфорация холагнтиоэктазов с источником желчи в свободную брюшную полость.
- Желчный пузырь увеличен в размерах, стенка его истончена, склерозирована, атоничен.
- Разветвлённые периферические холантиоэктазы часто служат местом развития гнойных холангитов, холангитических абсцессов печени. «Пробки» из описторхосов препятствуют опорожнению холантиоэктазов и кистовидных полостей и тем самым поддерживают гнойный воспалительный процесс в желчных ходах, способствуют перфорации субкапсулярных протоков печени.

ОПИСТОРХОЗ

- В острой фазе описторхоза (спустя 2-4 недели после заражения) появляются головная боль, недомогание, слабость, боли в мышцах и суставах, иногда субиктеричность склер, реже выраженная желтуха, тошнота, рвота, понос.
- Температура тела повышается до 39 - 40 С.
- Иногда на коже возникают папулезно-эритематозные высыпания.
- Больных беспокоят кашель и астматическое удушье.
- В легких выслушиваются сухие и влажные хрипы.
- При рентгенологическом контроле определяются инфильтраты в легких.
- У всех больных увеличиваются печень, иногда селезёнка, лимфатические узлы.

ОПИСТОРХОЗ

- Описторхоз в ранней фазе протекает как острый аллергоз с аллергическим холангиогепатитом.
- Постепенно, спустя 3 месяца, заболевание переходит в позднюю хроническую фазу, в которой чаще всего наблюдаются осложнения, требующие неотложного хирургического вмешательства.
- В этот период больные жалуются на боли в подчревной и правой подреберной областях с иррадиацией в спину, а иногда и в левую подреберную область. Нередко боли обостряются в виде приступов желчной колики.
- Весьма часты головокружения, головные боли, диспепсические расстройства.
- Температура тела субфебрильная или нормальная.

ОПИСТОРХОЗ

- Печень нередко увеличена и уплотнена.
- Пальпируется увеличенный и напряженный желчный пузырь.
- Болезненность при пальпации поджелудочной железы.
- В содержимом 12-перстной кишки увеличивается количество слизи, лейкоцитов и эпителиальных клеток.
- Рефлюкс желчного пузыря удастся получить только при повторном зондировании, при этом количество желчи второй порции повышено.
- У половины больных в желудочном содержимом понижение кислотности или даже ахилия.
- В остром периоде лейкоциты – 70 000, эозинофилов до 26 000.
- Повышение активности трансаминаз.
- Повышение альдолазы, щелочной фосфатазы.
- Снижение активности холинэстеразы.

ОПИСТОРХОЗ

- Диагностика описторхоза основывается на факте обнаружения яиц описторхосов в кале и в содержимом двенадцатиперстной кишки, характере клинической картины и данных эпидемиологического анализа.
- Большое значение приобретают эпидемиологический анамнез с указанием на употребление в пищу необезвреженной рыбы в очаге распространения описторхоза.
- Уже через месяц после заражения яйца описторхосов можно обнаружить в дуоденальном содержимом и кале больного.

ОПИСТОРХОЗ

- При лечении описторхоза назначают внутрь хлорсил в общей дозе 0,3 г/кг в течение 2-3 или 5 дней. Суточную дозу делят на 3 приема. Эффективность лечения хлорсилом составляет 20-85% в зависимости от интенсивности инвазии и статуса больного.
- Также лечение, направленное на улучшение дренажной функции желчных путей, спазмолитические и желчегонные, антибактериальные, антигистаминные препараты.
- Контроль лечения в течение 6 месяцев.
- Хирургическое лечение по поводу острых осложнений и элективное. Холецистэктомия, холедохостомия.

АСКАРИДОЗ

- Это заболевание — гельминтоз, вызываемое крупными червями — аскаридами.
- Возбудитель *Ascaris lumbricoides* — крупный раздельнокольчатый гельминт. Длина тела самок — 25 — 40 см, самцов — 15 — 25 см. Яйца овальные, снабжены пятью оболочками, наружная — пигментом фекалий прокрашена в коричневый цвет. Яйцо становится заразным после того, как сформировавшаяся в нем личинка совершит линьку (это происходит, как правило, в почве после выделения больным незрелых яиц с калом наружу).

АСКАРИДОЗ

- Взрослые аскариды обитают в тонком отделе кишечника, где удерживаются, согнувшись дугой или свернувшись кольцом, упираясь в стенку кишки.
- При попадании зрелого яйца в кишечник человека личинка освобождается от яйцевых оболочек, проникает в толщу слизистой оболочки и подслизистой основы и внедряется в кишечные вены, по которым попадает в воротную вену.
- По внутридольковым капиллярам личинка проникает в центральные вены печеночных долек, затем, через крупные венозные стволы в нижнюю полую вену, правую половину сердца, малый круг кровообращения.
- Из капилляров альвеол они попадают в просвет последних.
- Личинки, находящиеся в воздухоносных путях, движением ресничек мерцательного эпителия, выстилающего бронхи, увлекаются в полость рта и смешиваются со слюной, заглатываются в кишечник, где развиваются во взрослых паразитов.
- Продолжительность жизни аскарид в теле человека 9-10 мес.

АСКАРИДОЗ

- Источником аскаридоза является только человек, в кишечнике которого паразитируют самки и самцы аскарид.
- Заражение аскаридозом обычно происходит при проглатывании зрелых яиц гельминтов с загрязненными овощами, ягодами, фруктами, частицами почвы.
- Проявление аскаридоза обусловлены сенсibilизацией организма человека продуктами обмена и иногда распада гельминтов.
- Вследствие этого возникают эозинофильные и лимфогистицитарные инфильтраты, эндартерииты, микронекрозы, кровоизлияния в стенке кишечника, печени, легких.
- Аскариды могут повреждать стенку кишки, вызывая гиперемию, кровоизлияния, деструкцию, вплоть до некроза.

АСКАРИДОЗ

- Передвижение аскарид по кишечнику сопровождается спазмами. При этом наблюдается клиническая картина острой кишечной непроходимости. Подобные явления могут возникнуть и при наличии в кишечнике лишь одной аскариды.
- Может наблюдаться нарушение кровоснабжения стенки кишки с образованием участков некроза и перфорации, вследствие чего гельминты проникают в свободную брюшную полость. В дальнейшем развивается гнойный перитонит.
- При попадании аскарид в печень возникают холангиоэктазы, холангиты и перихолангиты, создавая благоприятные условия для развития вторичной бактериальной инфекции и развития гнойных процессов в желчных протоках и в паренхиме самой печени.
- Если аскариды попадают в поджелудочную железу, то в ней возможны кровоизлияния и гнойно-некротические процессы.

АСКАРИДОЗ

- Клиническая картина зависит от стадии заболевания.
- Жалобы на повышенную утомляемость, понижение аппетита, тошнота, рвота, боли в животе схваткообразного характера, диспепсические явления.
- При исследовании желудочного сока у половины больных определяется понижение плотности.
- Рентгендиагностика – прием бария внутрь.
- Хирургическое лечение только по поводу хирургических осложнений – кишечной непроходимости, перитонита, желудочно-кишечного кровотечения.
- Противопаразитарные препараты: 100мл 5% р-ра пиперазина, 1500 мл кислорода в просвет кишки.