

**С.Ж АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ
ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ**

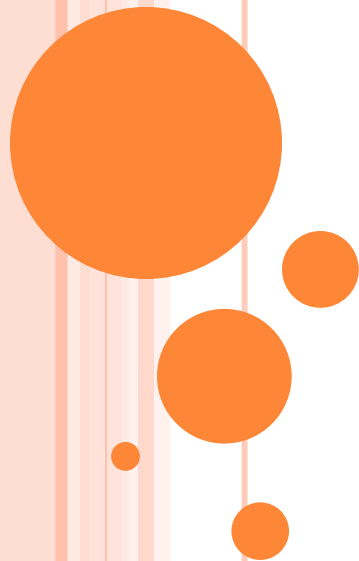
ПРЕЗЕНТАЦИЯ

НА ТЕМУ : СИНДРОМ ЛЕФФЛЕРА

Выполнила :Тугелбаева М.Е

Специальность:Терапия

Группа: 707-3



- Классификация
- Симптомы и жалобы
- Причины и возбудители
- Патогенез
- Диагностика
- Лечение синдрома Леффлера
- Профилактика



- **Синдром Леффлера** — аллергическая болезнь, при которой в периферической крови увеличивается число эозинофилов, в одном или двух легких образуются эозинофильные инфильтраты. Заболевание также известно как простая легочная эозинофилия, эозинофильный летучий инфильтрат легкого, простая эозинофильная пневмония.



- Бывает первый и второй синдром Леффлера: эозинофильный летучий инфильтрат и рестриктивная кардиомиопатия. В МКБ-10 болезнь обозначается кодом J82. 41,42: Эозинофильная астма, пневмония Лёффлера. Данный синдром фиксируют во всех странах, но чаще всего в тропическом климате. Частота среди женщин и мужчин одинаковая, в основном бывает в возрасте от 16 до 40 лет.



КЛАССИФИКАЦИЯ

- По патогенезу и этиологии (причинам) делится на три вида:
- обусловленный сенсibilизацией к аэроаллергенам
- вызванный паразитарной инвазией
- развившийся вследствие лекарственной аллергии



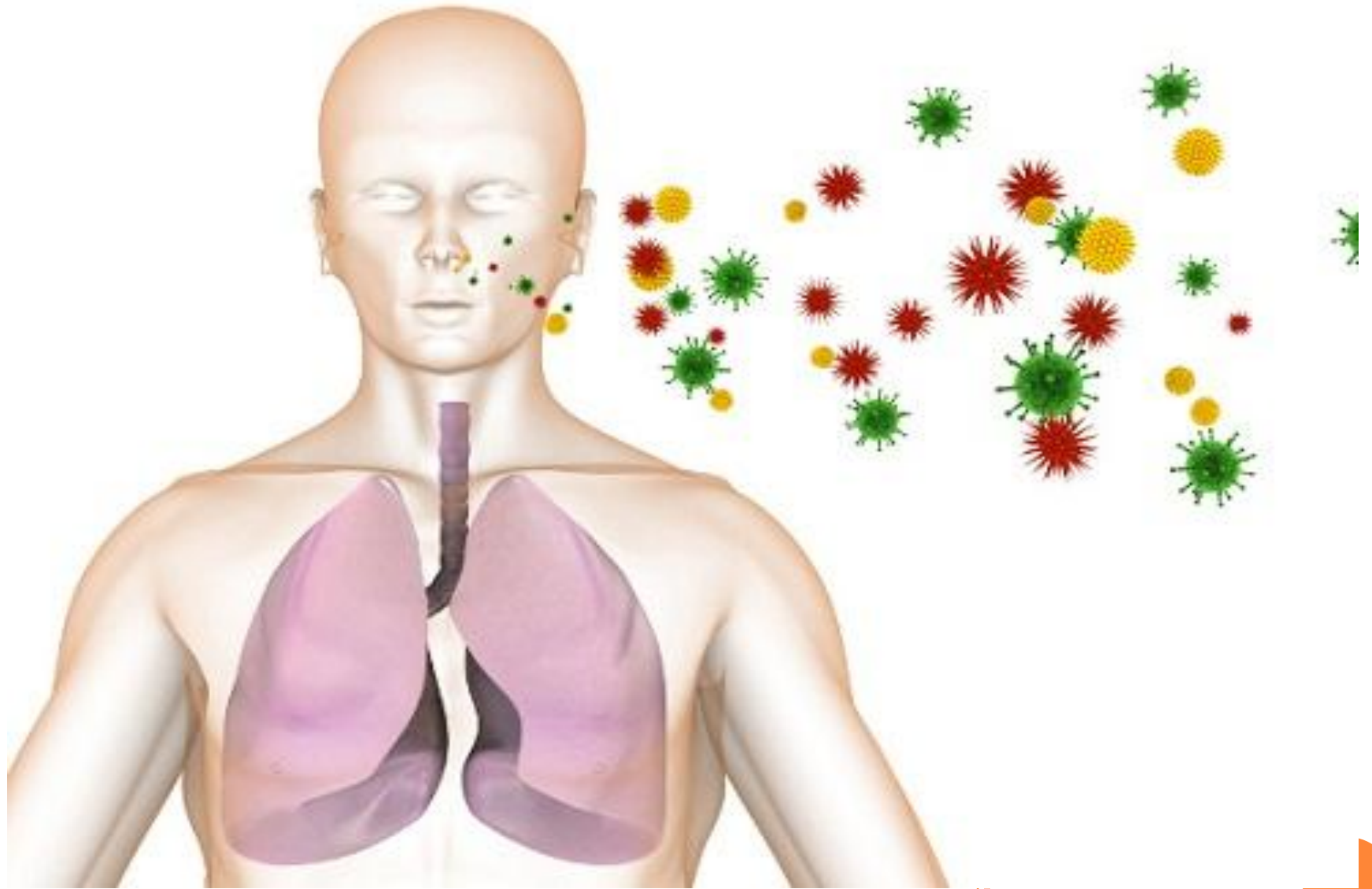
СИМПТОМЫ И ЖАЛОБЫ

- Жалоб у большей части больных нет. Редко бывает кашель, в основном сухой или с вязкой мокротой в небольшом количестве, может быть примесь крови. Еще одна жалоба — субфебрильная температура. Часто у больного — признаки бронхоспазма. Аускультативные методы обнаруживают сухие хрипы, локализация которых в основном в верхних отделах лёгких.
- Лабораторные анализы обязательны, в крови обнаруживают выявляют лейкоцитоз с большим количеством эозинофилов (до 50-70%); после появления лёгочных инфильтратов эозинофилия максимальна. Инфильтраты «летучие», они могут самостоятельно ликвидироваться без вмешательства спустя 3-4 дня, после этого в легочной ткани рубцов не наблюдается.
- При массивной гематогенной диссеминации личинок и яиц паразитов (трихинелл, шистосом, аскарид) в органы и ткани организма, включая легочную ткань, появляются такие симптомы:
 - кашель
 - одышка
 - сыпь на коже
 - лихорадка
 - пневмонит (хрипы в легких)



- Длительное существование инфильтратов может быть объяснено попаданием паразитов в ткани легкого. Такое бывает, например, при заражении ребенка или взрослого нематодой *Paragonimus westermani*. Взрослые особи мигрируют в лёгочную ткань через диафрагму и стенку кишечника, в патологический процесс вовлекается плевра. В исходе воспаления формируются фиброзные узлы, которые сливаются в части случаев с образованием кистозных полостей.





Причины и возбудители

- Синдром Леффлера первый раз был описан профессором Цюрихского университета Вильгельмом Лёффлером в 1932 году. Исследователем было доказано, что в развитии эозинофильного воспаления легочной ткани играют роль гельминты: их личинки проходят в процессе миграции через ткани легкого. На сегодня под синдромом Леффлера подразумевается ряд воспалительных процессов в одном или обоих лёгких, имеющих различную этиологию.
- К развитию заболевания может привести попадание в организм практически любых паразитов:
 - анкилостомы
 - аскариды
 - стронгилоиды
 - трихинеллы
 - острицы
 - токсокары
 - печеночная двуустка
 - филярии
 - шистосомы
 - кошачья двуустка
 - другие плоские черви



- В последние годы довольно часто у пациентов находят токсокароз, вызванный личинками нематод *Toxocara cati* и *Toxocara canis*, кишечных паразитов собак и кошек. В патогенезе рассматриваемого синдрома имеют значение ингаляционные аллергены (попадающие в организм путем вдыхания воздуха с частичками):
- споры грибов
- пыльца растений
- лекарства (пенициллины, сульфаниламиды, соединения золота)
- некоторые производственные вещества (например, никелевая пыль)
- Но часто причина легочного инфильтрата остается неустановленной, тогда медики говорят об эозинофильной пневмопатии.



ПАТОГЕНЕЗ

- В основе патогенеза заболевания I лежит аллергическая реакция немедленного типа, о чем свидетельствует «летучий» характер инфильтратов и полная их регрессия без формирования вторичных патологических очагов. Анализ крови больных эозинофильной пневмонией зачастую выявляет содержание IgE, превышающее нормальные показатели. Гиперэозинофилия и гипериммуноглобулинемия формируются в процессе борьбы организма с паразитами.
- Интенсивная эозинофильная инфильтрация лёгочной ткани и повышенное количество эозинофилов в крови свидетельствуют об участии эозинофильного хемотаксического фактора анафилаксии и формировании очагов воспаления аллергического характера. Это вещество выделяется макроцитами (тучными клетками), когда они активируются неиммунными механизмами (фрагментами компонентов комплемента, гистамином, особенно C5a) и иммунными (обусловленными IgE).
- В части случаев патогенез аналогичный таковому при феномене Артюса за счет образования преципитирующих антител к антигенам. В эозинофильных инфильтратах могут быть лимфоциты. Это говорит о том, что в патогенезе участвуют клеточно-опосредованные аллергические реакции.



ДИАГНОСТИКА

- Диагноз синдрома в основном трудностей для врача не вызывает. Типичными проявлениями являются высокая эозинофилия крови в сочетании с летучими легочными инфильтратами. При установлении причины, тем не менее, трудности довольно частые. Данные аллергологического анамнеза очень важны для врача-диагноста:
- ранее обнаруженные аллергические заболевания
- чёткая связь симптомов с профессиональными и бытовыми факторами
- сезонные обострения риноконъюнктивального синдрома и астмы
- фармакологический анамнез
- семейный анамнез
- Для обнаружения аллергических заболеваний, играющих роль в патогенезе, нужна консультация аллерголога. При подозрении на аллергический ринит прибегают к помощи отоларинголога.



- **Пример формулировки диагноза**
- Основной диагноз: синдром Лёффлера I.
- Этиологический диагноз: токсокароз.
- Форма заболевания: висцеральная.



ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

- Лабораторные исследования необходимы при подозрении на синдром Леффлера. Эта информация позволяет подтвердить данные физикального обследования и анамнеза. Общий анализ мокроты часто говорит о эозинофилах и кристаллах Шарко-Лейдена. В общем анализе крови в начале развития болезни зачастую обнаруживают высокую эозинофилию (до 20%). Но, когда процесс хронизируется, эозинофилы приходят в норму. В части случаев в крови находят высокое содержание IgE — показатель достигает отметки до 1000 МЕ/мл.
- Кожные тесты проводят, чтобы обнаружить причину, возбудителя (споры низших грибов, пальцы, аллергены гельминтов). По показаниям врач может назначить провокационные назальные и ингаляционные пробы.



- Обязательно во всех случаях проводят анализ кала. Присутствие в организме некоторых гельминтов дает шанс на обнаружение яиц паразита. При этом учитывается цикл их развития. Например, при первичном заражении аскаридами личинки внедряются в лёгкие лишь спустя одну или две недели, а яйца их в кале больного можно найти только спустя два или три месяца. При токсокарозе личинки паразита в организме человека не развиваются до взрослого состояния, потому анализ кала не обнаружит их яиц.
- Врачи используют для диагностики серологические тесты, включающие реакцию связывания комплемента и реакцию преципитации. Применяются и клеточные тесты: реакция дегрануляции тучных клеток с соответствующими аллергенами, реакция дегрануляции базофилов по Шелли, выявление специфических IgE с помощью радиоаллергосорбентного теста и ИФА.



ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- Рентгенологическое исследование обнаруживает в легкие нечёткие инфильтраты округлой формы (единичные или множественные), которые локализуются субплеврально, в основном в верхних отделах двух легких. Если инфильтративное воспаление протекает долгое время, в исходе болезни может отмечаться формирование фиброзных узлов, которые сливаются, формируя кистозные полости. Оценка бронхиальной проходимости проводится при помощи исследования ФВД (функции внешнего дыхания). В части случаев необходимо проведение бронхомоторных тестов.



ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ЛЕФФЛЕРА

- Больной может выздороветь спонтанно, без специального лечения. К фармакотерапии часто не прибегают. Основной целью лечения является, говоря научным языком, элиминация этиологического фактора. То есть, например, выведение токсокар из организма и препятствие их дальнейшему размножению внутри. Проводят дегельминтизацию, по возможности, устраняют контакт с аллергенами (аэроаллергенами, лекарствами), если именно они лежат в основе развития заболевания.



ПРОТИВОПАРАЗИТАРНАЯ ТЕРАПИЯ

- При глистной инвазии больному назначают противопаразитарные лекарственные средства. В последнее время часто назначают такие эффективные и хорошо переносимые лекарства:
- карбендацим (принимать внутрь, однократно 0.01 г/кг)
- альбендазол (принимать внутрь, однократно 400 мг; прописывают только пациентам старше 2 лет)
- пирантел внутрь 10 мг однократно
- мебендазол (принимают 100 мг внутрь один раз, можно только пациентам от 2 лет)



ЛЕЧЕНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДАМИ

- Не рекомендуется раннее назначение глюкокортикоидов, которые ускорят разрешение инфильтратов, но затрудняют постановку правильного диагноза. Но, если человек не выздоравливает без лечения, ему дают преднизолон. Начальная доза составляет от 15 до 20 мг в сутки. На 5 мг дозу нужно снизить через день после первого приема. Суточную дозу нужно делить на 3 приема. Курс лечения длится 6-8 суток.
- При наличии проявлений бронхообструктивного синдрома для лечения могут понадобиться такие средства:
 - аминофиллин внутрь
 - бета-адреномиметики (ингаляционный путь)
 - базисная терапия



ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

- Тяжёлое течение паразитарной инфекции, при котором организм обезвожен
- Невозможность полной элиминации эпидермального, бытового, пыльцевого аллергена из окружающей среды
- Прогноз в большинстве случаев благоприятный. Важно соблюдать меры гигиены, особенно тем, кто проживает в одном помещении с какими-либо животными. При аллергической природе заболевания важно запомнить рекомендации врача-аллерголога, которые касаются приема травяных препаратов и лекарств.



ПРОФИЛАКТИКА

- Консультация пациентов с респираторными аллергиями (врачи объясняют необходимость прервать контакт со специфическими аэроаллергенами)
- Гигиенические меры, направленные на предотвращение заражения организма глистами
- Индивидуальный подбор фармакологических препаратов для профилактики лекарственной аллергии
- При профессиональной сенсibilизации изучают профмаршрут, рекомендуют смену места работы



ИСПОЛЬЗОВАННЫЙ ИСТОЧНИК

- www.google.kz
- <http://www.eurolab.ua/encyclopedia/pulmonology>
- <http://10doctorov.ru/lefflera-sindrom---aozinofilnii-infiltrat-legkih>

