

Кафедра общей хирургии и травматологии

СРС на тему:

***«Основы хирургии паразитарных
заболеваний»***

Выполнил: ст368гр. Фурсенко О

Проверил: Токпанова Т.Б.

Караганда 2013

Содержание:

Введение.

1. Эхинококкоз

2. Альвеококкоз

3. Тримембранозный листицидоз

4. Аскаридоз

5. Амёбиаз

6. Филяриатоз

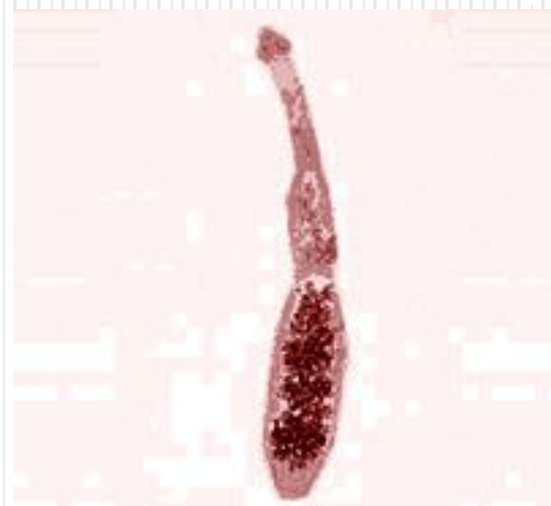
По данным ВОЗ, паразитарными болезнями в мире заражено более 4,5 млрд. человек.

Средняя заболеваемость населения Земли составляет 100 млн в год.

Эхинококков — алиментное заболевание

**человека и некоторых видов животных,
вызываемое внедрением и развитием в
различных органах пузырьчатой формы,
ленточного глиста — эхинококка**

(*Echinococcus granulosus*, *Taenia
echinococcus*).



Пути заражения эхинококком:

Заражение человека зародьками собачьего глиста может происходить тремя путями:

1. через слизистые оболочки желудочно-кишечного канала

2. через слизистые оболочки дыхательных путей и легких

3. через раненую поверхность.

желудочно-кишечный канал, считавшийся до недавнего времени единственно возможным путем. Часть попавшим в желудок онкосфер погибает и переваривается желудочным соком,

другая часть выделяется с фекальными массами, и лишь небольшое количество их удерживается и сохраняет свою жизнеспособность. Под воздействием

желудочного сока покрывающая онкосферы оболочка разрушается, и последние включены в движениями покрывающей слизистой оболочки органа, проникает ее и проникает в кровеносные или лимфатические сосуды. По кровотоку с током крови через систему и далее, онкосфера, достигает печени, которая и является первым «контролем» для зародышей злокачественных опухолей. Именно этим и объясняется наибольшая частота случаев

Уровень концентрации онкосфер в печени связан с размером зародыша и печеночных протоков: величина зародыша составляет 22 мкм, тогда как печеночных протоков 9-21 мкм в диаметре. Путем изменения своей формы часть онкосфер все же преодолевает первый «фильтр» и попадает в нижнюю полую вену, в правую половину сердца и оттуда в легкие. Ширина капилляров в легких составляет 6-12 мкм, и поэтому они являются вторым «барьером» для зародышей паразита.

и через этот венозный «объект» и поступает в левые вены, а оттуда с током артериальной крови в любой орган организма человека.

Кроме классического пути распространения паразита из желудочно-кишечного тракта по

системе у portae, некоторые заторы допускают возможность продвижения зародышей, минуя печень. Например, из желудка онкосфера может попасть в вены пищевода и оттуда в v. cava superior. Любая оплывающая прямо в зародыши эхинококка может оказаться в эмбриональных венах и даже в v. cava inferior.

лимфатическую систему зародыши эхинококка через α -глобулин проникают в $\text{W}^{\text{саван}} \text{стадиях}$ и в легкие. **Возможность**

такого способа инвазии обусловлена обнаружением онкосфер в воздухе с сохранением их жизнеспособности в этих условиях. Наибольшая

возможность аэрогенной инвазии онкосфер имеется на пастбищах.

Третий способ проникновения зародышей эхинококка через раненную поверхность при укусе собакой, на зубах которой находятся жизнеспособные онкосферы, или при попадании зародышей в операционную рану.

Экзистенция паразита зависит от того, насколько успешно он может проникнуть в организм хозяина. Для этого паразит должен обладать способностью к активному передвижению по кровеносным или воздухоносным путям и внедряться в определенный орган или ткань. Она дает начало развитию эхинококковой кисты. Средняя продолжительность жизни кисты составляет 10-20 лет. Первым признаком наличия паразита является сморщивание кисты. При этом жидкость из ее полости резорбируется. Оболочки сморщиваются и превращаются в бесформенную вязкую массу. Со временем в них откладываются соли кальция, что приводит к их кальцификации.

кровеносным или воздухоносным путям и внедряется в определенный орган или ткань. Она дает начало развитию эхинококковой кисты. Средняя

продолжительность жизни кисты составляет 10-20 лет. Первым признаком наличия паразита является сморщивание кисты. При этом жидкость из ее полости резорбируется. Оболочки сморщиваются и превращаются в бесформенную вязкую массу. Со временем в них откладываются соли кальция, что приводит к их кальцификации.

Выделяют три стадии эхинококкоза:

Первая стадия охватывает период от инвазии онкосферы до появления первых выраженных острых жалоб на эхинококкоз. В этот период заболевание

можно случайно обнаружить при обследовании больного или во время операции, предпринятой по другому поводу, либо при профилактическом осмотре.

В первой стадии выявляют около 10-25% случаев заболевания эхинококкозом.

локализации нерва и ограничивая от наступления гноя или иного осложнения эхинококкоза. Трудно найти определенную **законе мерность, в рамках которой можно**

лимитировать второй период. Время появления первых жалоб зависит от локализации кисты - центрально

расположенной или вышедшей на поверхность органа, от реакции, которую она вызывает в окружающих тканях и органах и т. д. Значение имеет и возраст кисты, а также ее размеры.

Третья клиническая стадия

эхинококкоза - это стадия

**осложнений кисты. Их характер и
тяжесть зависят от**

**локализации паразита и от
особенностей воспаления.**

включают:

- 1.прободение кисты в свободные полости тела или в просвет полых органов,
- 2.нагноение,
- 3.обызвествление паразита и др.

Осложнения могут развиваться как при живой эхинококковой кисте, так и при погибшей. Не так, и в других случаях они могут привести к тяжелым последствиям, иногда опасным для жизни больного.

Эти же симптомы могут наблюдаться и при повреждении паренхимы печени, вызванном другими причинами, например, при вирусном гепатите. Однако при этом обычно отсутствуют симптомы, характерные для холангита, а именно: желтуха, зуд, повышение уровня билирубина в крови.

нагноившейся кисты, живой или мертвой. Эхинококковая жидкость при этом может вылиться в брюшную или плевральную полость, бронхи, желчные пути, кровеносные сосуды и т. д. Каждое прободение сопровождается активизацией аллергических реакций с соответствующими бурными клиническими проявлениями (озноб,

краснота, потливость, учащенное сердцебиение). Относительно
хронического холангита необходимо отметить, что в ряде случаев
заболевание протекает вяло, с незначительными симптомами, и выявляется в
случае обширного поражения печени, когда в результате холангита
уже отсутствует плотное образование, кисты, абсцессы, а также
повышенное содержание билирубина в крови, хотя в желчных протоках
желчь продолжает течь. Поэтому в этих случаях холангит обстоит
отдельно от гепатита, так как не имеет в своем составе симптомов
эхинококкоза, а также не сопровождается образованием кисты и
абсцессов, так как в результате холангита происходит лишь
развитие воспалительного процесса в желчных протоках, а не
прободение кисты.

кислоты (nitralnitric, нитратно азотная аз.).

Гибель кисты не всегда означает выздоровление, а нередко является

предпосылкой тяжелых осложнений.

Через появившуюся в кутикулярной мембране щель в кисту попадают микроорганизмы, которые вызывают

закрывающийся остаточный процесс.

Кроме того, мертвая киста может вскрыться, а в остаточной полости могут создаваться условия для развития абсцесса. Содержимое мертвой кисты обычно густое, глянцевое, почти без жидкости. При бактериологическом исследовании микробов в ней на обнаруживаются

почти без жидкости. При бактериологическом исследовании

микробов в ней на обнаруживаются

(calcinatio, petrificatio) является более редким осложнением. Как

правило, петрифицируются кисты старые или мертвые, реже нагноившиеся. Сначала в отдельных участках капсулы

кисты появляется некроз, в них откладываются соли кальция. Постепенно эти отложения могут охватывать все большие участки и вся капсула инкрустируется слоем кальция различной толщины, причем в нее может быть включена

Осложнения, возникающие при хирургическом лечении эхинококкоза.

При хирургическом лечении эхинококкоза может возникнуть ряд осложнений, которые могут быть:

1. Местные

2. Общие

Их частота зависит от возраста больных, величины, локализации и состояния кисты, от обезболевания и операционной тактики.

по времени и осложнениям
подразделяют на три группы:

- 1.развившиеся во время операции,**
- 2.в раннем послеоперационном периоде**
- 3.поздние осложнения.**

вмешательства по поводу глубоко расположенной паразитарной кисты может возникнуть кровоотечение при

рассечении паренхимы органа. Такое осложнение более часто возникает при резекции органа.

В раннем послеоперационном периоде при плохой верметизации фиброзной капсулы в боюшную полость из нее начинают поступать кровь и желчь, что чревато развитием перитонита. В легких случаях плохой ушитой кутыле бронха возможно развитие пневмопневкса и бронхоэктазного свища.

Содержимое не люкенизированной
остаточной полости является хорошей

***питательной средой для
микроорганизмов, попавших в нее
гематогенно или из желчных путей. Она
нередко нагнаивается с типичной***

клиникой абсцесса печени.

Ранние осложнения общего характера
(пневмония, плеврит, сердечная
недостаточность, эмболия и др.)
одинаковы для всех постоперационных
состояний.

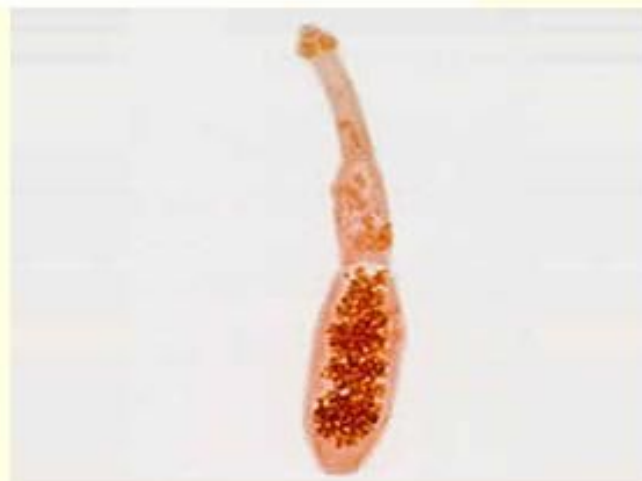
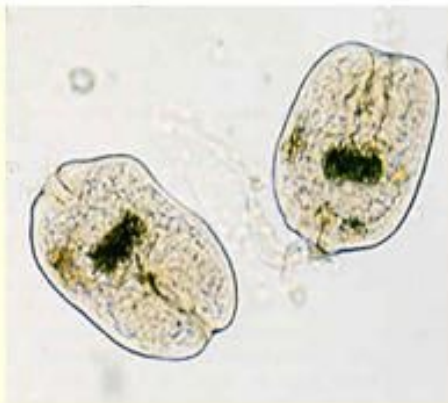
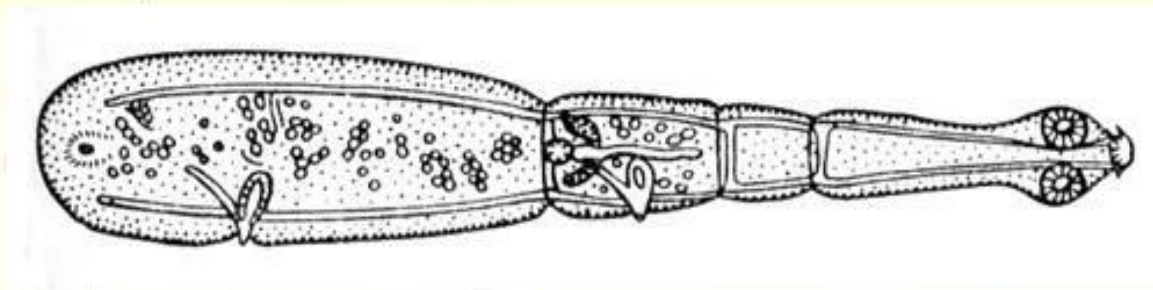
рецидивы эхинококкоза,
сформирование длительно
**существующего желчного свища,
амилоидоз внутренних органов.**

Профилактикой этого заболевания

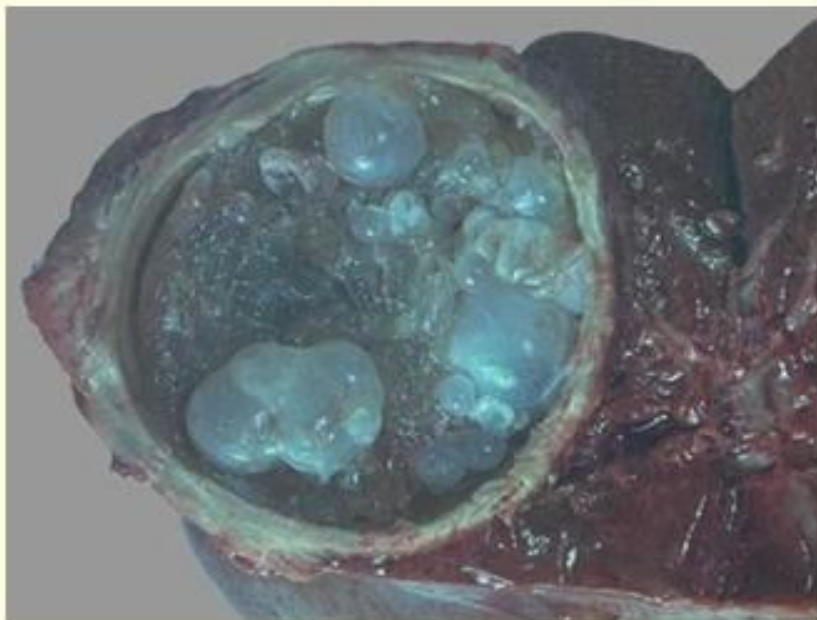
является в первую очередь личная
гигиена, особенно после контакта с
собаками. Общественная
профилактика предполагает
уничтожение бродячих собак,
постоянное проведение
дегельминтизации служебных и
домашних животных.

Эхинококк – возбудитель эхинококкоза

■ Взрослая особь



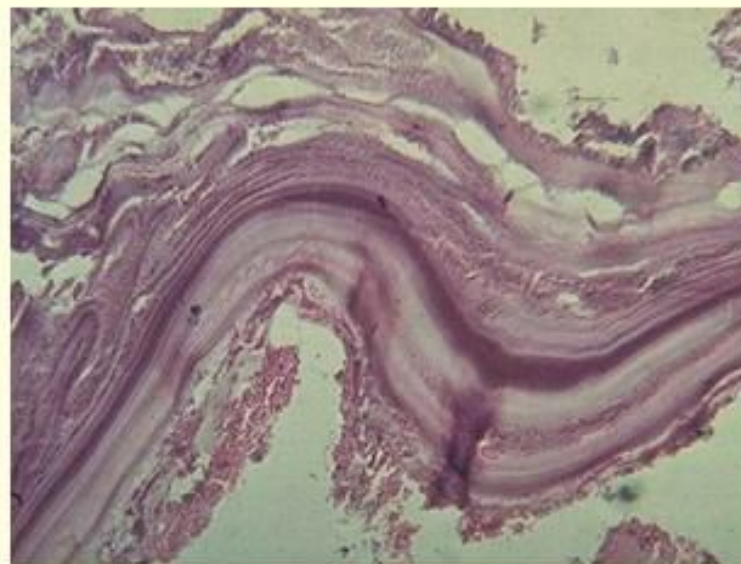
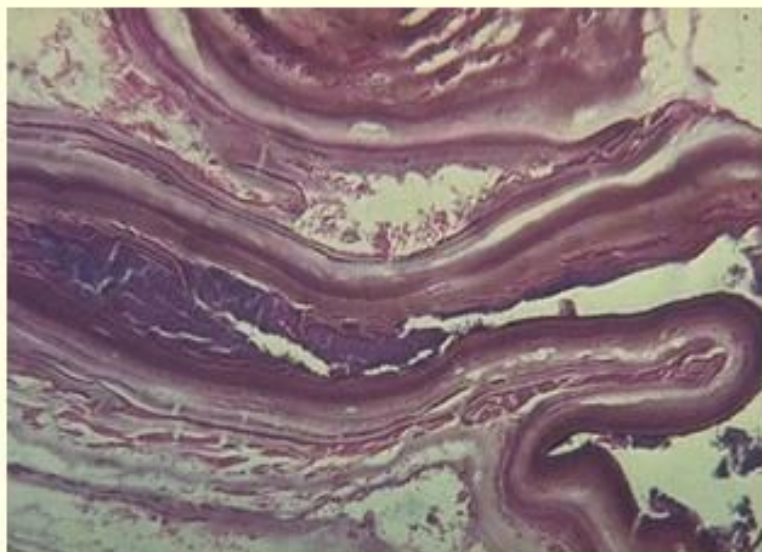
Эхинококковая киста в разрезе



Макропрепарат

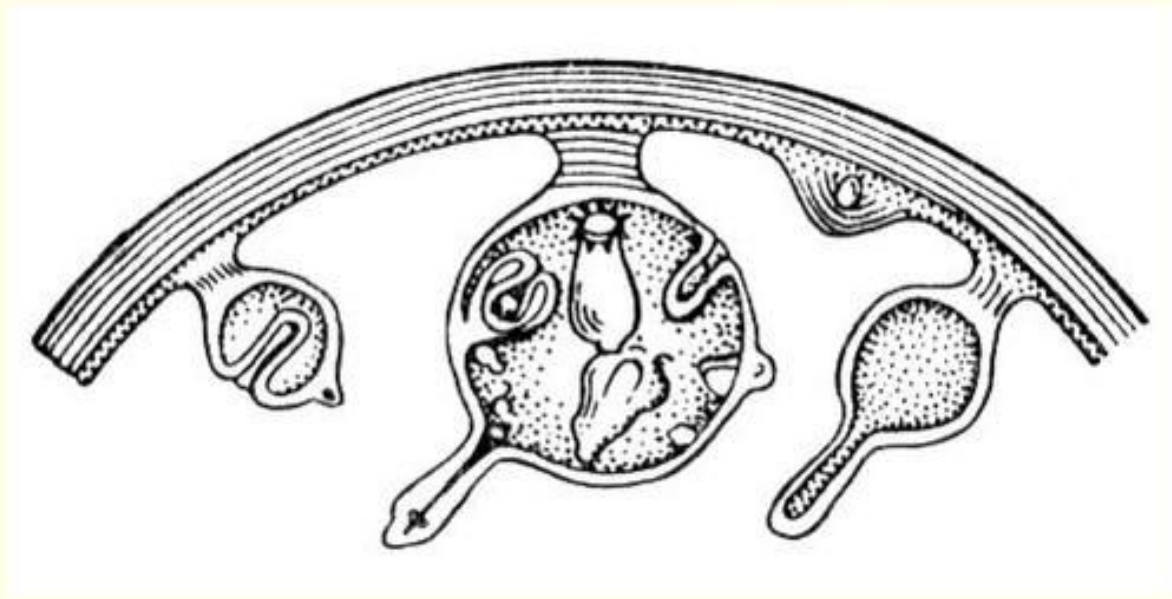
Эхинококковая киста в разрезе

Патологическая анатомия



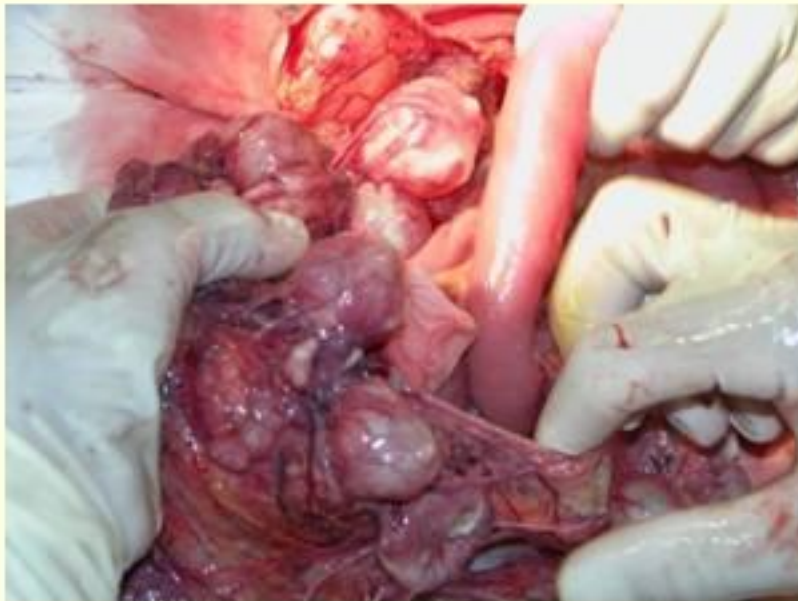
Патогенез эхинококкоза

- Эхинококковая киста в разрезе



Оперативное лечение

- Эхинококковая диссеминация брюшной полости



Дочерние кисты в большом сальнике

Оперативное лечение

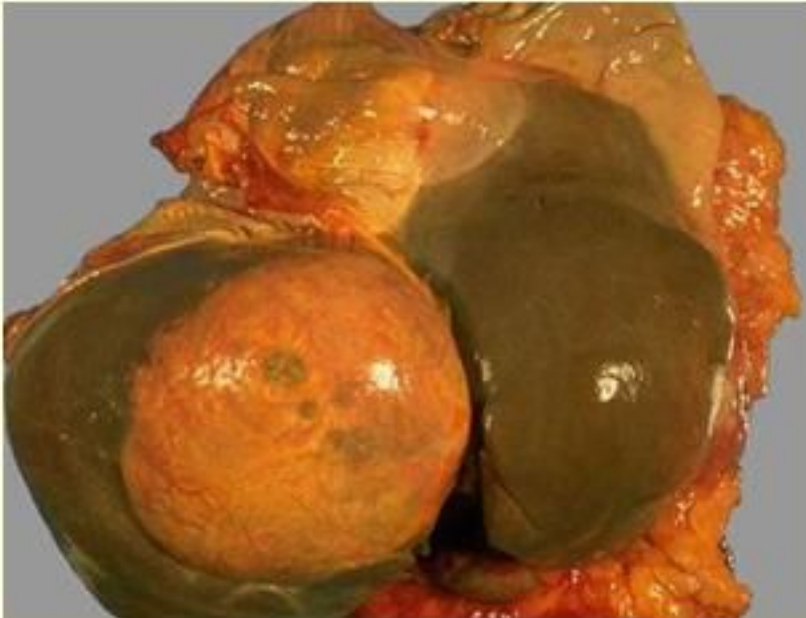
Эхинококковые кисты в сальнике
и брыжейке



Макропрепарат: большой сальник

Оперативное лечение

- Макропрепарат: резецированная доля печени



Альвеококкоз

Возбудителем альвеококкоза

является гельминт, относящийся к типу плоских червей *Plathelminthes Schneider*, классу *Cestoidea Rudolphi*,

подклассу *Cestoda Gegenbaur*,

отряду *Cyclophyllidae Braun*,

подотряду *Taeniata Skrjabin et*

Schulz, семейству *Taeniidae Ludwig*,

подсемейству *Echinococinae*

Abuladse, роду *Alveococcus Abuladse*,

виду *Alveococcus multilocularis*.

эхинококка, являющегося кровеносная и лимфатическая системы.

Паразитирование личиночной формы

альвеококка в печени или других органах человека всегда сопровождается развитием новообразований наподобие опухолей или узлов, состоящих из двух существенно

равных по происхождению частей: множества пузырьков альвеококка или конгломератов и разросшейся, патологически измененной ткани хозяина.

Отличительными признаками альвеококковых узлов («копуды») являются плотная консистенция, нередко достигая в плотности хряща, кости,

Клиника альвеококкоза

При альвеококкозе печени в течение

длительного времени протекает бессимптомно или в редких случаях клинически проявляется крайне незначительно.

Продолжительность бессимптомного периода определяется весьма медленным развитием паразитизма альвеококка и вызываемых ею в печени новообразований в виде паразитарного узла, а также огромной мультилокулярной возбудимостью печеночной ткани больного.

В силу этих причин расстройство зрения формируется постепенно и болезненные проявления у больных наступают не сразу, чем и объясняется несвоевременное обращение больного к врачу. Только по истечении значительного времени (от нескольких месяцев до нескольких лет), когда развившийся паразитарный «узел» или несколько «узлов» достигают больших

размеров, вызывая это состояние, проявляющиеся различными симптомами. Заболевание по своему характеру является отражением обусловленного редьесные расстройства зрения. Коварность этого заболевания заключается в том, что оно протекает бессимптомно в периоды зрелыми морфологическими изменениями пораженного органа заключаемая еще и в том, что оно почти не имеет патогномно-конечных симптомов.

Иногда встречаются так называемые узелковые камни, а также узелковые камни в желчных протоках. Узелковые камни имеют небольшие размеры. Они не связаны с холемемией, с желчными образованиями в воротной вене. В большинстве

малых размеров «узел» не причиняет никаких расстройств механического характера. Интоксикация отсутствует. Иногда у больных можно отметить незначительные проявления эмпризии в виде крапивницы, нередко с кожным зудом. Больные не предъявляют жалоб, и альвеолярный узелок, как правило, становится причиной незначительной интоксикации при отравлении продуктами обмена веществ в желчных протоках. В этой же стадии заболевания может быть выявлено при ультразвуковом исследовании, когда при пальпации печени в ней находят узел кариектрической кальцификативности.

При неосложненном
альвеолярном общем состоянии

***больных сравнительно долго
остается
удовлетворительным.***

Питание больных в течение
длительного времени
остается ненарушенным.
Температура тела обычно
нормальная или субфебрильная.

Общие признаки заболевания:

**1.слабость,
2.утомляемость,**

3.головные боли,
4.снижение аппетита,
5.головокружение,
6.похудание,
7.дрожь,

Самыми тяжелыми осложнениями альвеококкоза

являются:

**окклюзионная желтуха,
отдаленные метастазы,**

**особенно в головной мозге,
перфорации полостей распада
в брюшную полость,
плевральную и в полость
перикарда.**

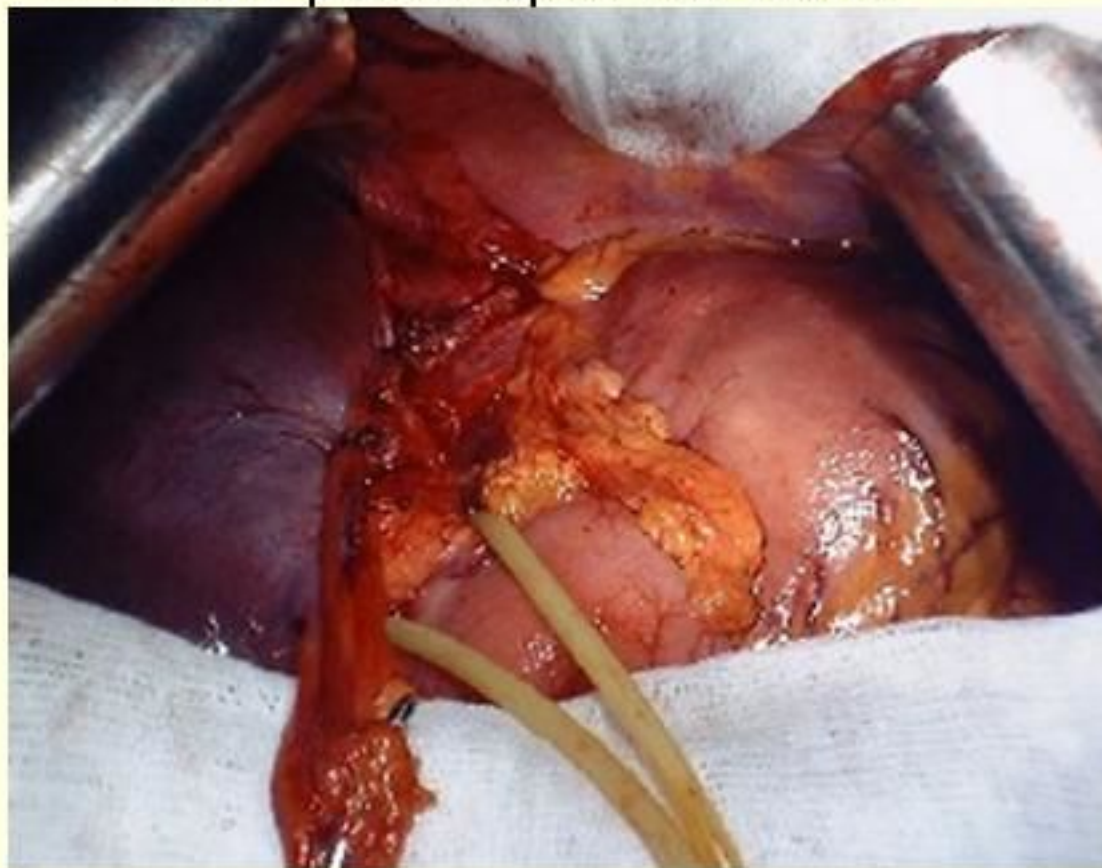
Альвеококкоз человека

- Альвеококкоз печени

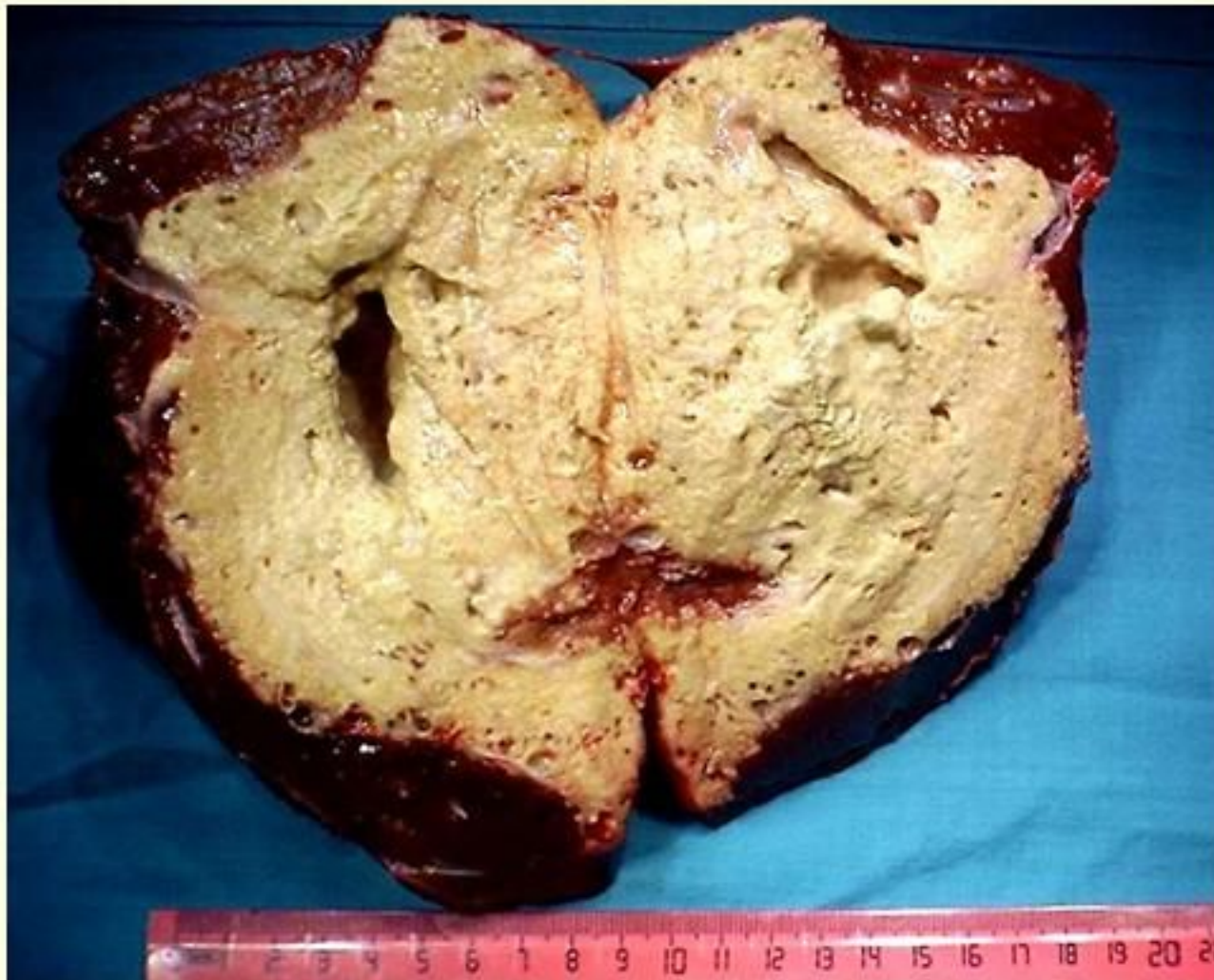


Альвеококкоз человека

- Этап резекции печени



Альвеококкоз человека



Печень
на
разрезе

Трематодозы: описторхоз

Существенную медико-социальную значимость для многих регионов мира составляют трематоды печени, относящиеся к семейству

Opisthorchiidae (Opisthorchis felineus,

Opisthorchis viverrini, Clonorchis sinensis), заражение которыми происходит при употреблении в пищу инвазированной рыбы. Ориентировочно трематодозами лечены поразены около 1,7 млн. человек, а число заражения по-прежнему 350 млн. жителей 13 стран.

Сложный цикл развития паразита, включающий в себя промежуточное хозяина (моллюска), затем – окончательного (рыбы), в котором он под воздействием человека или животного, через контакт заражается.

Заражение человека происходит в результате употребления в пищу рыбы (язь, карп, окунь, елец, голян, появились случаи заражения при употреблении хариуса и др.), недостаточно термически обработанной, малосольной, сырой

строганины. Далее метацеркарии, появившись в желудочно-кишечном тракте человека или животного, активно восходящим путем проникают в желчевыводящие пути, протоки печени и поджелудочной железы. Здесь, длительно паразитируя, они достигают половой зрелости и начинают откладывать яйца. Личинки в последующем различными путями попадают в водоемы, через сточные воды из очистных сооружений и фекально-бытовые стоки (рыб).

Патогенез

Острая фаза астмы характеризуется неспецифична и часто протекает по типу аллергического заболевания с резко выраженной эозинофилией и лейкоцитозом в периферической крови. Это связано с сенсibiliзирующим воздействием

антигенов зельминтов на организм.

Хроническая фаза астмы роль аллергического воздействия выражена не так ярко как в острой, но все же она сохраняется. Это обуславливает развитие тяжелых проявлений аллергии немедленного типа, при

интенсивном раслабе зельминтов, в результате дезельминтизации.

Связаны эти заболевания с хроническим процессом желчнокаменной болезни (пролиферативный холангит и

каналикулит поджелудочной железы, сопровождающийся различной степенью фиброза этих органов. В ряде случаев течение

болезни может быть тяжелым — с обструкцией желчных протоков, развитием желтухи, рецидивирующего холангита, абсцессов печени, острого панкреатита и желчного перитонита.

данное состояние обусловлено наличием в печени преимущественно при злокач., реже соединит. высокой степени инвазии. Характеризуется отеками, инфильтрацией трабекул.

лимфогистиоцитарной инфильтрацией перихолангитической и портальной соединительной ткани, пролиферацией холангиол и лимфостазом. В патоморфологической картине более выраженного

хронического гепатита важное место занимают желчно-двужонно-некротические очаги поврежденной печеночной ткани, развивающиеся при злокач.-деструктивных осложнениях (анойных холангитах, перихолангитах, перихолангитических абсцессах и холангидоктезах), обусловленные застоем желчи и возникновением желчных алоплексов. Отличаются выраженный гепатоцеллюлярный энзимопатический холестаз с жировой дистрофией и некрозом отдельных гепатоцитов.

жарким кератином, а также по изменению архитектоники морфологически-морфологических признаков и нарушению дольковой структуры печени, диффузным разрастанием соединительной ткани в

окружности желчных протоков и по ходу паренхимы с формированием узлов гиперплазии, что сопровождается более

выраженными изменениями печени. Цирроз печени при данной гиперплазии характеризуется постоянным развитием прогрессирующего холангита, аденофиброза и склероза внутрипеченочных желчных протоков. Довольно частым образованием холангиоцитом, выраженным изменением сосудов, избыточным разрастанием соединительной ткани.

В билатеральном описторхозе при миграции в легкие может определяться роль паразита как фактора развития токсико-аллергического синдрома, обусловленного воздействием на организм человека метаболитов

описторхисов при их миграции и созревании. У некоторых больных острая стадия протекает латентно. При этом длительность латентного периода составляет от 2 до 5-6 недель с момента

инфицирования. У большинства больных в анамнезе имеется употребление сырой рыбы. У большинства пациентов в данной стадии болезни отмечаются многообразные симптомы и синдромы обилия аллергических проявлений (лекарства, кожные проявления в виде сыпи, крапивницы, эритемы, кожная зудя, отеки в кистях, разбухание носов и безсонница, головные боли и головокружения, головокружения, тошнота). Часто наблюдаются легкая атлетика и неустойчивый стул, боли в правом подреберье, субфебрилитет и интестинально-орбитальный синдром, который развивается на фоне

Опасность холангита вызывают несколько синдромов:

- 1. Гепатохолангитический синдром -**
проявляется болями в правом подреберье, тошнотой, иногда рвотой, умеренной желтушностью склер и кожи, кожным зудом, сопровождается лихорадкой, общей интоксикацией

3. Тифоподобный синдром - протекает более тяжело.

Начинается внезапно с повышением температуры до

высоких цифр, ознобом,

появлением внезапной сыпи на коже и признаков интоксикации.

Сопровождается

эозинофилией, ускорением СОЭ.

**4. Приглутоподобный синдром -
начинается с катаральных
явлений, остро, сопровождается
повышением температуры,
ознобом, миалгиями, кашлем,
головной болью.**

5. Астеновегетативный синдром

- характеризуется слабостью,

потливостью,

раздражительностью»

бессонницей, головной болью и

головокружением.

Лечение

Несомненным достижением последних лет является открытие и внедрение в медицинскую практику ряда новых противогельминтных препаратов. Тем не менее, лечение описторхоза остается трудной задачей. Оно должно быть комплексным, т.е. специфическая терапия должна сочетаться с лечением, направленным на восстановление и нормализацию функций желчевыводящих путей и печени, поджелудочной железы и желудочно-кишечной системы.

Лечению больных, с учетом доминирующих симптомов заболевания, описторхоз делится на следующие группы:

1. Описторхоз без сопутствующих заболеваний и осложнений, впервые выявленный.

2. Описторхоз с сопутствующей дискинезией желчевыводящих путей (ЖВП).

3. Описторхоз в сочетании с воспалительными заболеваниями ЖВП: холециститом, холангитом,

перихопанкreatитом

4. Описторхоз с вовлечением в процесс печени (хронический гепатит, цирроз печени),

5. Описторхоз с вовлечением в процесс поджелудочной железы.

6. Описторхоз с болезнями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ): хронический гастрит, дуоденит, язвенная болезнь, энтероколит.

7. Описторхоз с тяжёлыми поражениями.

В настоящее время для лечения
гельминтозов органов пищеварения

**(кишечных нематодозов, трематодозов
печени и ларвальных цестодозов)
используется албендазол (Немозол),
обладающий широким спектром**

действия и наиболее высокой
эффективностью по сравнению с
другими антительминтиками, а также
возможностью лечения большинства
кишечных нематодозов путем
назначения одной дозы.

Эффективность лечения альбендазолом
высокодозного эхинококкоза печени и

**легких колеблется от 41 до 72%;
рецидивы отмечаются в среднем у 25%.**

**Изменения в эхинококковых кистах
(уменьшение размеров, кальцификация и**

др.) – относительно медленный процесс,

оценка эффективности лечения

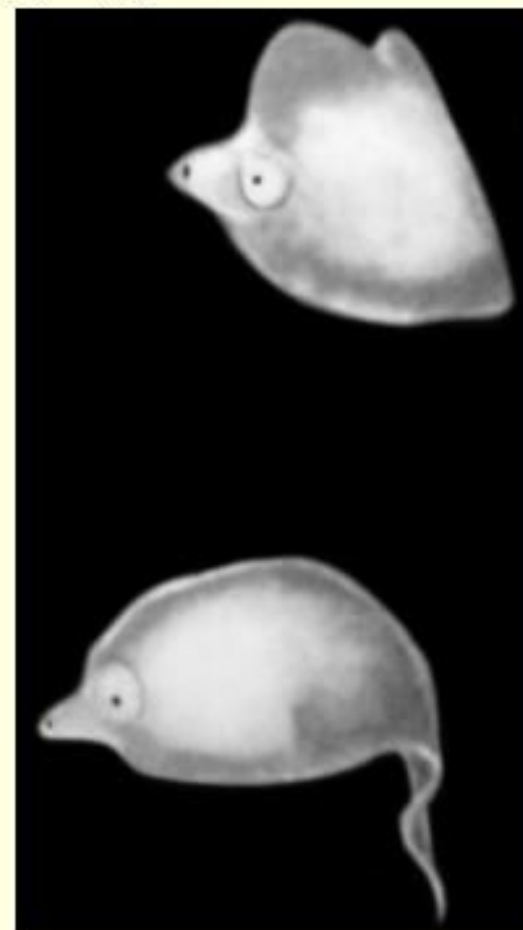
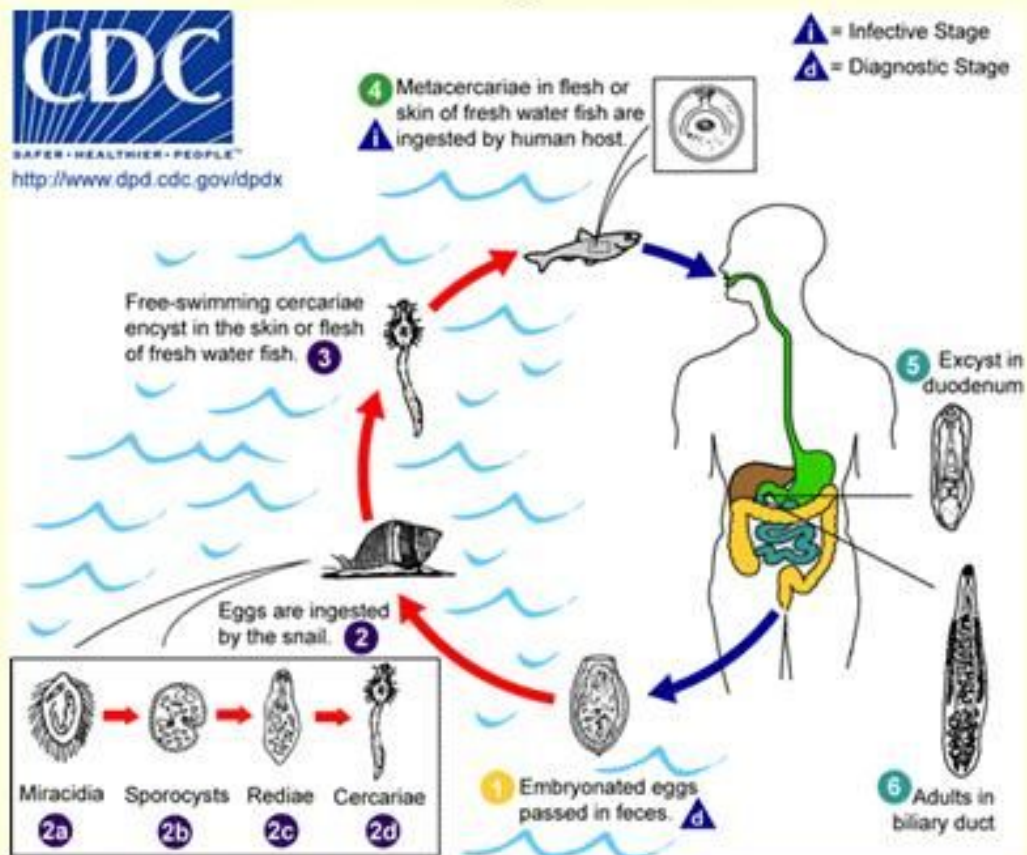
обычно возможна не ранее, чем через 6

мес. – 1 год после завершения курса

альбендазола

Описторхоз

Жизненный цикл печеночной двуустки



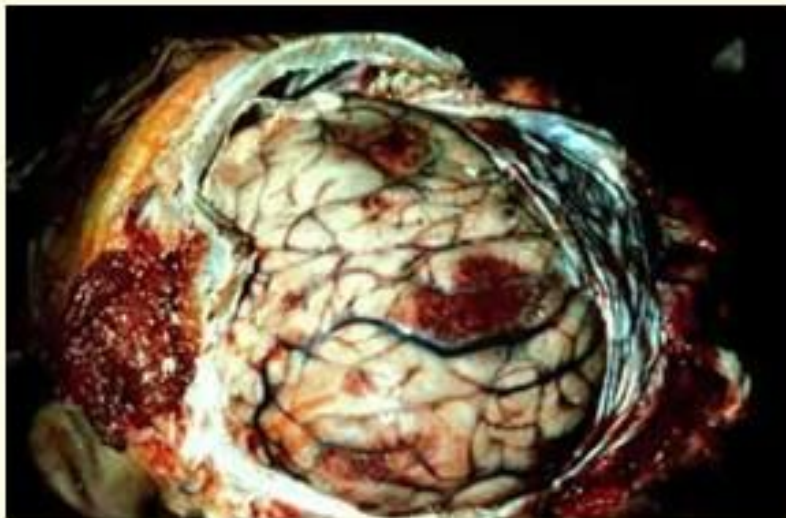
Аскаридоз

- Поражение внутренних органов



Аскаридоз

- Поражение внутренних органов



Амебиаз

- Некротический амебиаз



Филляриатоз



Т.О. паразиты могут оказывать на организм человека различные действия: **вызывать механическое раздражение, повреждение тканей или органов, отравление продуктами своего обмена, сенсibilизацию организма с**

последующим развитием аллергических реакций, пролиферацию крови и тканевые вещества, утяжелять течение других болезней. Паразиты могут также способствовать проникновению на месте внедрения их в ткани возбудителей инфекционных болезней.

Список литературы:

Основная:

- 1. Петров С.В. Общая хирургия.-М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005.**
- 2. Гостищев В.К. Общая хирургия.-М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.**

Дополнительная:

- 1. Черное В.И., Матюков А.И. Общая хирургия. Практические занятия. Учебное пособие.-М.: ИИИ «Медис», 2004.*
- 2. http://rasgma.ru/sno/lebovks/le1_surgery/280.html*

***БЛАГОДАРЮ
ЗА ВНИМАНИЕ!***