

АЛЬВЕОКОККОЗ

Подготовила студентка ЛД 504-1, Михайлова К. И.

Альвеококкоз

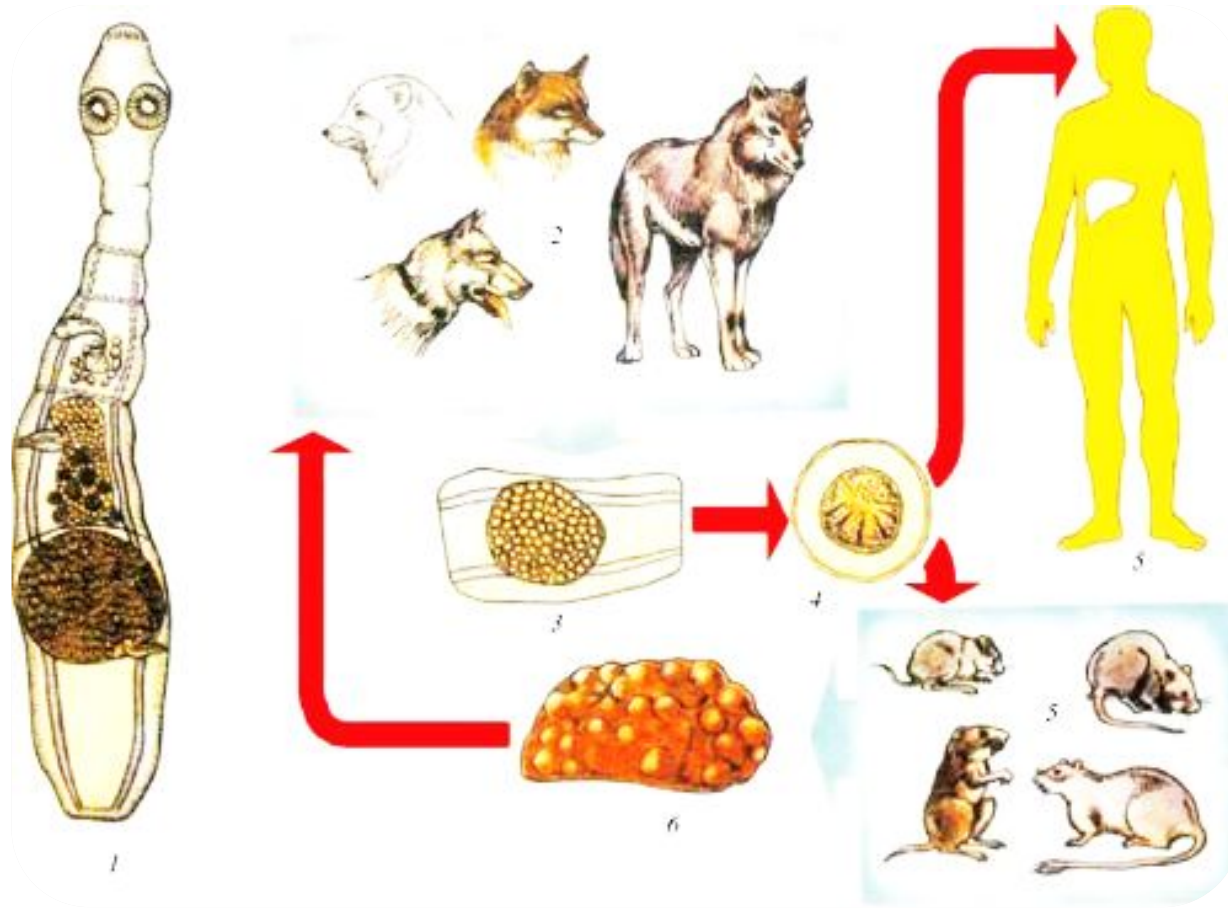
- Это гельминтоз из группы цестодозов, с преимущественным поражением печени. Возбудитель альвеококкоза ленточный гельминт *A.multilocularis*, который в половозрелой стадии паразитирует в тонком кишечнике песца, лисицы, собаки, волка, которые являются окончательными хозяевами, а в стадии личинки - у диких мышевидных грызунов, человека (промежуточные хозяева).

A.multilocularis

- Половозрелый альвеококк имеет длину от 1,3 до 2,2 мм. На переднем конце его тела головка с 4 присосками и венчиком крючьев, за головкой следуют 2-4 членика. Личинка гельминта имеет вид узла, состоящего из множества мелких ячеек, содержащих желтоватую жидкость и сколексы (головки) паразита.
- Личиночная форма альвеококка представляет собой узел состоящий из конгломерата микроскопических пузырьков, образующихся путём почкования, плотно прилегающих или сросшихся друг с другом. Полость пузырьков заполнена желтоватой вязкой жидкостью или густой темной массой



Жизненный цикл



Окончательными хозяевами альвеококка являются плотоядные животные: собака, лисица, волк, корсак, домашняя кошка, дикая пятнистая кошка. В кишечнике этих животных паразитируют ленточные стадии, мелкие цепни.

Промежуточными хозяевами, у которых идет развитие личиночной стадии, являются представители отряда диких мышевидных грызунов (Rodentia) - ондатра, полевка, хомяк, суслик, песчанка, нутрия, бобр и др., а также человек, который является биологическим тупиком.

По данным разных авторов, развитие альвеококка в кишечнике окончательного хозяина завершается за 27 - 38 дней, а длительность его жизни исчисляется 5-7 месяцами.

К 35-му дню онкосферы в матке зрелого конечного членика становятся инвазионными. Выделение яиц с фекалиями животных начинается с 33 - 34-го дня, члеников с 53 - 70-го, которые с фекалиями или активно выползают из анального отверстия хозяина.

Патогенез

- Альвеококкоз выявляется преимущественно у лиц молодого и среднего возраста (30—50 лет). Иногда заболевания многие годы протекает бессимптомно, что может быть обусловлено медленным ростом паразита, генетическими особенностями иммунитета коренного населения в эндемичных очагах.
- Онкосферы альвеококка, попавшие через рот в пищеварительный канал, оседают преимущественно в правой доле печени. Размеры узла варьируют от 0,5 до 30 см и более в диаметре, возможно солитарное и многоузловое поражение печени. Паразитарный узел прорастает в желчные протоки, диафрагму, почку.
- Компенсация функции органа достигается за счет гипертрофии непораженных отделов печени. Развивается механическая желтуха, в поздних стадиях - билиарный цирроз.

Патогенез

- При присоединении вторичной инфекции возникают холангиты, абсцессы печени, нагноение и распад узла. Иногда развивается цирроз печени. При прорастании желчных протоков развивается механическая желтуха.
- При альвеококкозе, помимо механического действия узла на поражённый орган, имеют значение иммунологические, а на поздних стадиях иммунопатологические механизмы, иммуносупрессивное, токсико-аллергическое воздействие.

Клиническая картина

- Заболевание развивается постепенно, незаметно для больного, медленно (годами и десятилетиями) и долго остается бессимптомным. Лишь случайное обнаружение увеличенной печени самим больным или врачом заставляет искать причину этого первого симптома.
- Нередко больные обращаются к специалисту сами, обнаружив опухолевидное образование в животе.

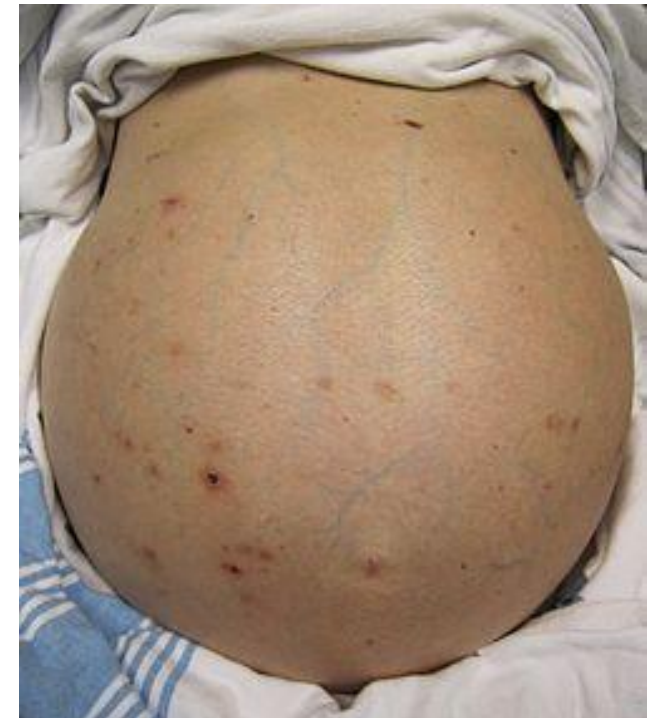


- При дальнейшем увеличении печени больной отмечает тяжесть и давление в правом подреберье, затем тупую и ноющую боль. Через несколько лет прощупываемая печень становится бугристой и очень плотной. В других случаях возникают слабость, тошнота, понижение аппетита, тупые, реже - острые боли в животе, прогрессирующее похудение.
- При осмотре нередко обнаруживается субиктеричность склер, иногда - выраженная желтуха.
- Печень, как правило, увеличена, «деревянной» плотности, иногда бугриста.
- Нередко увеличивается селезенка. Иногда присоединяется асцит. При наличии распада в центре узлов в запущенных случаях наблюдаются подъем температуры, упадок сил, потливость.
- Образование больших некрозов и полостей в узлах или прорастание в нижнюю полую вену может повлечь профузные кровотечения.

- На стадии осложнений чаще других развивается механическая желтуха, а также гнойный холангит. В этом случае у больного появляется лихорадка, озноб, быстро увеличиваются размеры печени, которая становится болезненной при пальпации. Возможно развитие абсцесса.
- При сдавливании ворот печени, помимо асцита, желтухи, увеличения селезенки могут наблюдаться и другие симптомы портальной гипертензии: расширение сосудов брюшной стенки, варикозное расширение вен пищевода и желудка и др.



- При образовании полостей распада в альвеококковых узлах клиническая картина меняется: усиливаются боли, повышается температура, появляются головные боли, слабость. Хотя иногда у больных даже в этих тяжелых случаях состояние остается удовлетворительным.
- При сдавливании ворот печени, помимо асцита, желтухи, увеличения селезенки могут наблюдаться и другие симптомы портальной гипертензии: расширение сосудов брюшной стенки, варикозное расширение вен пищевода и желудка и др.

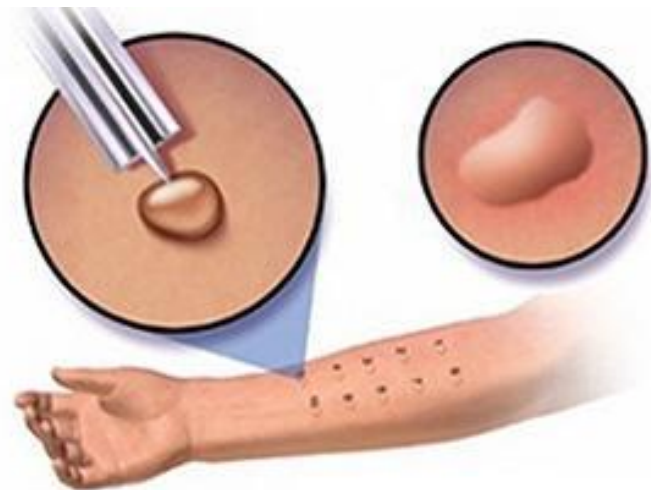


Диагностика

- Диагноз основывается на анализе эпиданамнеза, данных клинических, лабораторных и инструментальных исследований.
- Диагноз альвеококкоз ставят обычно в поздней стадии заболевания, часто его принимают за рак печени. В природных очагах альвеококкоза и в районах наибольшего распространения этой инвазии, где периодически проводят обследование населения на альвеококкоз, возможно и раннее распознавание. Лабораторная диагностика имеет решающее значение и основывается на серологических диагностических пробах, обнаруживающих заболевание даже до появления клинических признаков.
- Большую помощь оказывают специальные аллергические диагностические пробы.

Диагностика

- Наиболее надежна из них реакция Касони. В качестве аллергена используется стерильный фильтрат жидкости эхинококкового пузыря из пораженных легких или печени скота. Пробу проводят внутрикожно. В случае положительного результата (реакция наступает через 20 минут) на месте введения появляется беловатый пузырек, окруженный широкой зоной гиперемии кожи. Через 24—48 час. на этом месте образуется инфильтрат.



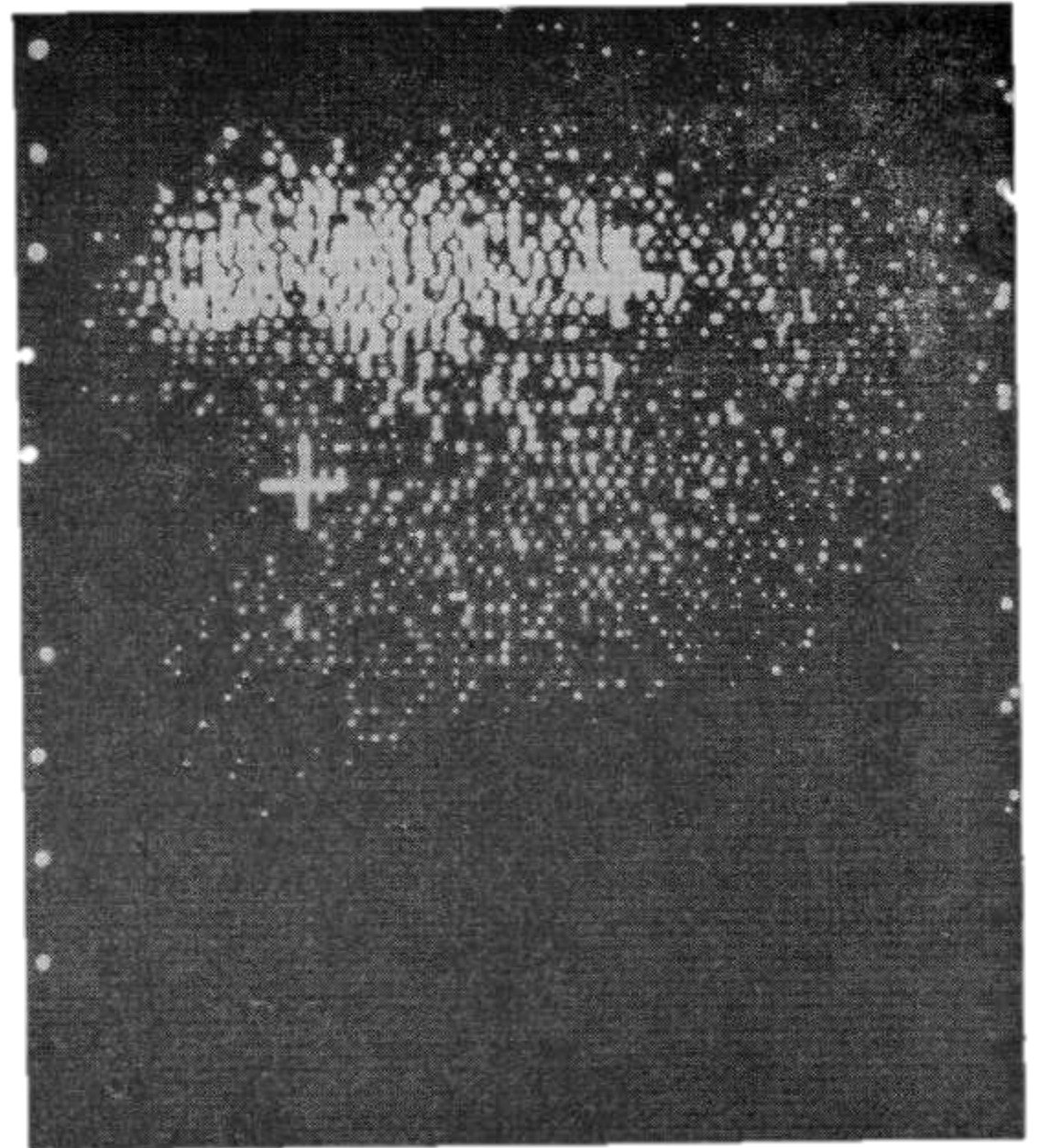
Диагностика

- Также при диагностике помогают такие методы исследования как УЗИ ОБП. При этом исследовании регистрируются кисты, которые находятся в печени, нарушая его эхоплотность и эхоструктуру.



Диагностика

- С помощью рентгеноконтрастного исследования сосудов печени, а также радиоизотопного исследования можно в ряде случаев определить локализацию узла альвеококкоза.



Лечение

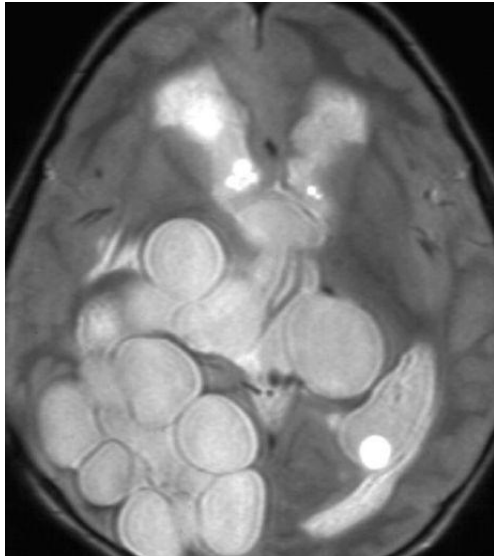
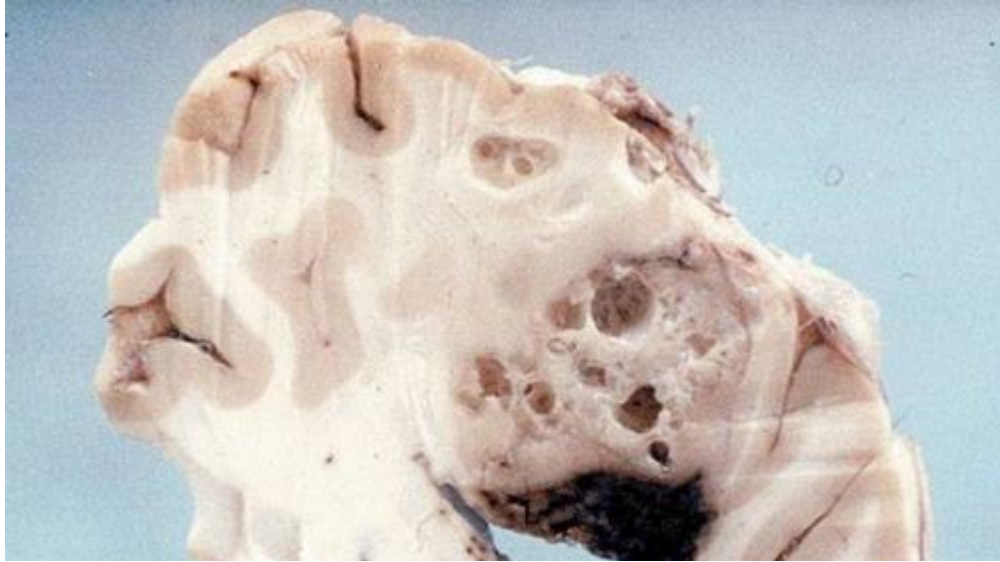
- Лечение хирургическое.
Радикальное удаление узлов из-за обычно поздней диагностики удается произвести лишь у некоторых больных. Узел может быть иссечен в пределах здоровых тканей, вылуцен или частью резецирован, а частью вылуцен.
- Если имеются два или несколько узлов, а общее состояние больного не позволяет удалить их в один момент, операцию производят двух- или даже трехэтапно.



Лечение

- Если радикальная операция невозможна (например, при прорастании в нижнюю полую вену), а паразитарная опухоль достигла гигантских размеров и сдавливает соседние органы, показана паллиативная резекция, которую производят также с целью предупредить сдавление внепеченочных желчных путей прогрессивно растущей «опухолью».
- Оставшиеся неудаленными участки альвеококкового узла подвергаются местному воздействию антипаразитарными средствами (инъекции формалина, трипафлавина и др.).
- При механической желтухе, вызванной прорастанием ворот печени, производят различные желчеотводящие операции.

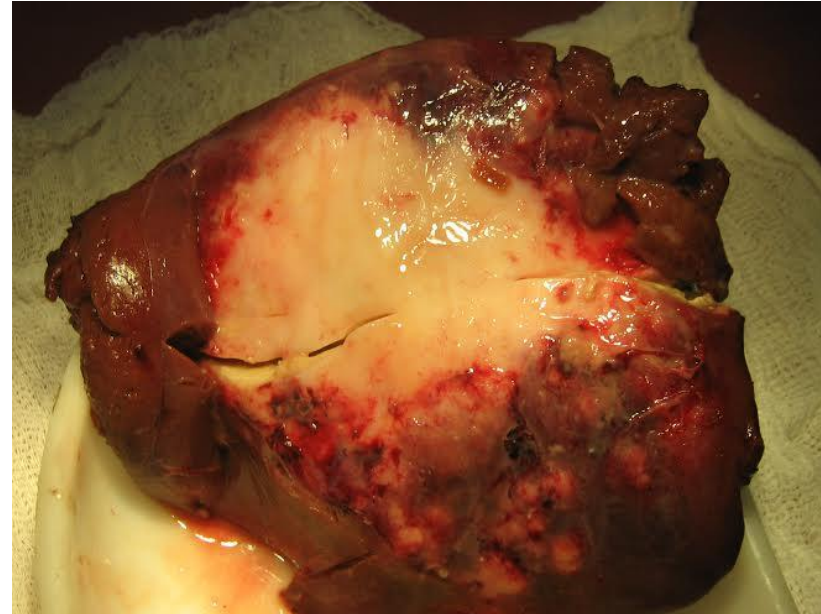
Лечение



- Прогноз при альвеококкозе весьма серьезен, но благодаря очень медленному росту паразитарных опухолей и наступающей за это время компенсаторной перестройке печени больные могут жить довольно долго, в среднем 8-10 лет и чаще погибают от механической желтухи, реже от метастазов в мозг.

Лечение

- Своевременная радикальная операция значительно улучшает прогноз. Таким образом, альвеококкоз печени остается хирургически зависимым заболеванием. Радикальная резекция печени при альвеококкозе способна полностью излечить большинство больных и дает хорошие результаты в отдаленном периоде.



Лечение

- При использовании современных методов исследования проблемы постановки правильного диагноза нет, однако отсутствие скрининговой системы приводит к обнаружению заболевания на поздних стадиях.
- Как следствие, на момент постановки диагноза в большинстве наблюдений исключается возможность выполнения радикальной операции. Методы локальной деструкции и трансплантация печени находят применение в ограниченных наблюдениях ввиду специфики паразитарного заболевания.
- Если радикальная операция невозможна, показаны опорожнение полостей распада, паллиативные резекции печени, желчеотводящие операции.

Литература

- Инфекционные болезни и эпидемиология: учебник. Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И. 3-е изд., испр. и доп. 2013. - 1008 с.: ил.
- Веронский Г.И. Хирургическое лечение альвеококкоза печени // Анналы хирургической гепатологии. 1997. Т. 2. С. 15-19.
- Альперович Б.И. Альвеококкоз. Якутск. 1999. 233 с.
- Брегадзе И.Л., Константинов В.М. Альвеолярный эхинококкоз. М: Медицина. 1963. 223 с.
- Инфекционные болезни : учебник. Аликеева Г. К., под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 704 с. : ил.
- Журавлев В.А. Одномоментные и этапные радикальные операции у больных альвеококкозом печени, осложненным механической желтухой // Вестник хирургии. 1980.
- Медицинская паразитология: учеб. пособие / Н. В. Чебышев, под ред. Н. В. Чебышева. - М. : Медицина, 2012. - 304 с. : ил.