

Карагандинский Государственный Медицинский
Университет
Кафедра Инфекционных болезней

СРС

на тему: «Гельминтозы»

Подготовила: ст-ка 4-058 ОМФ
Кушекбаева М.С.
Проверила: ассистент
кафедры
Колмогорова Е. Л.

Караганда 2014

План

- Что такое гельминтозы?
- Морфологическая классификация гельминтозов;
- Патогенез гельминтозов;
- Клиническая картина острой фазы;
- Клиническая картина хронической фазы;
- Диагностика гельминтозов;
- Лечение гельминтозов;
- Профилактика гельминтозов;
- Список использованной литературы.

Гельминтозы



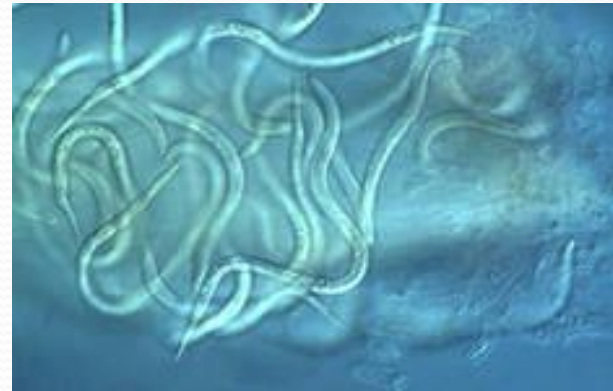
- Гельминтозы – группа болезней, вызываемых паразитическими червями – гельминтами. У человека зарегистрировано паразитирование свыше 250 видов гельминтов, которые относятся преимущественно к двум типам червей: круглые черви – Nematelminthes (класс Nematoda) и плоские черви – Plathelminthes (класс ленточных червей – Cestoidea и сосальщиков – Trematoda).

Морфологическая классификация

- Гельминты подразделяются на три основных класса:

I. Нематоды (круглые черви) — возбудители:

- аскаридоза — *Ascaris lumbricoides*;
- энтеробиоза — *Enterobius vermicularis*;
- трихоцефалеза — *Trichocephalus trichiuris*;
- трихинеллеза — *Trichinella spiralis*;
- анкилостомидоза (анкилостомоза и некатороза) — *Ancylostoma duodenale* et *Necator americanus*;
- стронгилоидоза — *Strongyloides stercoralis*;
- дракункулеза;
- филяриатоза (стрептоциркоза, вухерериоза, бругиоза, лоаоза, онхоцеркоза, дипеталонематоза, мансонеллеза);
- токсокароза — *Toxocara canis*.



Ленточные черви (цестоды)

- II. Ленточные черви (цестоды)
 - возбудители:
 - тениаринхоза —
Taeniarhynchus saginatus;
 - тениоза — *Taenia solium*;
 - цистицеркоза;
 - дифиллоботриоза —
Diphyllobotrium latum;
 - гименолепидоза —
Hymenolepis nana;
 - эхинококкоза (эхинококкоза
и альвеококкоза) —
Echinococcus granulosus et
Alveococcus multilocularis.



Сосальщики (трематоды)

- III. Сосальщики (трематоды)
 - возбудители:
 - шистосомоза — *Schistosoma intercalatum*, *japonicum*, *mansoni*, *haematobium*;
 - описторхоза — *Opisthorchis felinus*;
 - клонорхоза — *Clonorchis sinensis*;
 - фасциолеза — *Fasciola hepatica et gigantea*;
 - парагонимоза — *Paragonimus westermani*;
 - дикроцелиоза — *Dicrocoelium lanceatum*.



Патогенез

- Для всех гельминтозов характерна многостадийность развития, и каждая стадия характеризуется своими клиническими патологическими процессами.

Стадии развития инвазий:

I. Острая стадия (возбудителем является личинка):

- фаза проникновения;
- фаза миграции.

II. Подострая стадия (возбудители — юные гельминты).

III. Хроническая стадия (возбудители — взрослые гельминты):

- ранняя фаза (максимальная репродуктивная активность);
- поздняя фаза (снижение репродуктивной активности).

IV. Исход (ликвидация гельминтов или развитие необратимых изменений у хозяина).

Клиническая картина острой стадии.

Острая, или ранняя, фаза инвазии часто протекает без видимых клинических симптомов (субклинически). В тех случаях, когда болезнь протекает с выраженными клиническими симптомами, появление первых признаков заболевания наблюдается обычно через 1—4 недели после заражения, а в отдельных случаях уже через 2—3 суток. Однако распознать истинную природу заболевания очень трудно, так как в этот период гельминты чаще всего еще не выделяют яиц. Сходство симптомов острой стадии гельминтозов с проявлениями инфекционных заболеваний, как правило, порождает ошибки в диагностике.

Клиника острой стадии гельминтозов представляет картину острого аллергоза. Основными симптомами острой стадии являются:

- лихорадочная реакция (от нескольких дней до 1—2 месяцев) субфебрильная (при антропонозных) или фебрильная (при зоонозных гельминтозах) температура, сопровождающаяся ознобом, слабостью и потливостью;
- артралгии, миалгии;
- легочный синдром, который может проявляться длительными катаральными явлениями со стороны верхних дыхательных путей (бронхит, трахеит), симптомами, симулирующими пневмонию, развитием астматического синдрома. Отмечается синдром Леффлера (сухой кашель, иногда с астматическим компонентом, одышка, боли в груди, летучие эозинофильные инфильтраты в легких, определяемые при рентгенологическом обследовании). В случаях аскаридоза описаны кровохарканья, эозинофильный плеврит;
- отечный синдром — отек Квинке (чаще при трихоцефалезе);
- абдоминальный синдром со склонностью к жидкому стулу с патологическими примесями;
- аллергические миокардиты;
- увеличение печени, реже селезенки (60 % случаев);
- системная лимфаденопатия;
- выраженная эозинофилия в крови (до 60—80 %).

Диагностическое значение эозинофилии в острой стадии гельминтозов может быть настолько велико, что некоторые эпидемические вспышки, например трихинеллеза, описторхоза и фасциолеза, были своевременно распознаны благодаря только этому диагностическому признаку.

Длительность острой стадии обычно составляет от 1 до 4 месяцев. В некоторых случаях она может затягиваться до 8—10 месяцев и более. В конце острой стадии гельминтозов острые аллергические явления постепенно стихают, нормализуется число лейкоцитов и эозинофилов. В организме больного наступает относительное равновесие. Эту стадию заболевания обозначают как подострую, или латентную. В этой стадии происходит постепенное созревание молодого гельминта.

Клиническая картина хронической стадии.

Хроническая стадия гельминтоза развивается после созревания паразита и образования первой генерации пропативных стадий (яиц, личинок). При этом в раннем периоде этой фазы в связи с высокой репродуктивной способностью паразитов наблюдаются наиболее выраженные патологические проявления, постепенно стихающие по мере снижения репродуктивной способности паразитов в позднем периоде инвазии.

Паразитирующие гельминты оказывают многообразные воздействия на организм хозяина: вызывают токсический эффект, алергизацию макроорганизма, снижают его иммунологическую компетенцию, что ухудшает течение сопутствующих заболеваний, механически повреждают различные органы и ткани, вызывают витаминную и алиментарную недостаточность, что отрицательно сказывается на физическом и умственном развитии инвазированного организма.

Клинические проявления хронической фазы инвазии в значительной степени определяются видом паразита, его тропностью к различным системам организма человека, интенсивностью инвазии (телом паразитирующих червей), а также характером возникающих осложнений. Как правило, наблюдается астеновегетативный (неврологический) синдром, часто диспептический (особенно при кишечных гельминтозах) и болевой синдромы, нередко страдает сердечно-сосудистая система, поражаются органы кровотока и другие органы, что находит соответствующее выражение в клинических проявлениях болезни.

Продолжительность хронической фазы гельминтозов колеблется от нескольких недель до многих лет. Исходами инвазии (после изгнания или естественной гибели паразита) могут быть как полное выздоровление, так и разнообразные остаточные явления.

Диагностика

Диагноз инвазии гельминтами основывается на анализе комплекса эпидемиологических и клинико-лабораторных данных и требует подтверждения методами специфической диагностики — паразитологическими и иммунологическими.

Паразитологические методы предполагают обнаружение гельминтов, их личинок или яиц в тканях, экскретах или секретах организма человека. В клинической практике наиболее широко используют копрологические гельминтологические исследования (метод нативного мазка, методы обогащения по Като).

В случае относительно низкой интенсивности инвазий, а также для обнаружения паразитов или гельминтов, пропативные стадии которых не выделяются во внешнюю среду, применяют иммунологические методы — РСК, РЭМА, РНГА, ИФА, кожные аллергические пробы.



Лечение.



В остром периоде основу лечения составляют десенсибилизация и дезинтоксикация. Глюкокортикоиды применяют по показаниям только при тяжелом течении некоторых гельминтозов (трихинеллез, шистосомозы, трематодозы печени) или с целью предупреждения аллергических осложнений химиотерапии (онхоцеркоз, лоаоз). Следует учитывать, что при неправильном их использовании может произойти генерализация инвазии (стронгилоидоз) или переход острой фазы в длительно текущую подострую (описторхоз, трихинеллез и др.).

Специфическое лечение является основой борьбы с большинством гельминтозов человека. В последние два десятилетия в практику были введены такие высокоактивные и малотоксичные противогельминтные препараты, как левамизол, тиабендазол, мебендазол, албендазол, медамин, пирантел. Успешно разрабатывалась химиотерапия шистосомозов, трематодозов печени, для лечения которых был предложен празиквантел. Этот препарат оказался высокоэффективным и для лечения кишечных цестодозов. Успешно завершаются широкие клинические испытания ивермектина в лечении больных филяриозами.

Широко применявшийся раньше для лечения нематодозов **левамизол** в последние годы назначают только при аскаридозе по 2,5 мг на 1 кг массы тела в 1 прием. Постепенно он был вытеснен более эффективными препаратами. **Мебендазол** взрослым применяют по 100 мг 2 раза в день в течение 12 дней при аскаридозе и энтеробиозе, 3 дня при анкилостомидозах и трихоцефалезе; детям из расчета 2,5-5,0 мг на 1 кг массы тела. **Медамин** при тех же гельминтозах назначают в суточной дозе 10 мг на 1 кг в 3 приема через 30 мин после еды. **Пирантел памоат** применяют при аскаридозе и энтеробиозе по 10 мг на 1 кг (не более 1 г) однократно, а больным анкилостомидозами в той же дозе в течение 2-3 дней. Наиболее широким спектром действия обладает **албендазол**, который назначают по 200 мг 2 раза или 400 мг однократно для лечения больных анкилостомидозами и трихоцефалезом, при аскаридозе и энтеробиозе при невысокой интенсивности инвазии достаточно 200 мг.

Непременным условием успешной дегельминтизации больных энтеробиозом являются одновременное лечение всех членов семьи (коллектива) и строгое соблюдение гигиенического режима для исключения реинвазии, кроме этого обычно проводят повторное лечение с интервалом 10 дней. Для лечения больных стронгилоидозом применяют **медамин** или **албендазол**. Специфическую терапию больных трихинеллезом проводят **мебендазолом** по 100 мг 3 раза в день в течение 7-10 дней, с этой целью применяют также **албендазол**. Для лечения больных лимфатическими филяриозами и лоаозом достаточно эффективен **диэтилкарбамазин** (6 мг на 1 кг в сутки в 3 приема в течение 14-21 дня).

При трематодозах и цестодозах широко применяют **празиквантел**. Больным описторхозом, клонорхозом, парагонимозом его назначают в суточной дозе 75 мг на 1 кг (в 3 приема) 1 день, при шистосомозах в зависимости от формы - в дозах от 40 мг на 1 кг однократно до 60 мг на 1 кг в 2 приема; при фасциолезе эффективность препарата невысокая, за рубежом для этих целей рекомендуют применять **триклабендазол**.

При кишечных цестодозах (дифиллоботриозе и тениидозах) дегельминтизация достигается однократным приемом празиквантела в дозе 20 мг на 1 кг, при гименолепидозе такую же дозу назначают 2 раза с интервалом 10 дней, при церебральном цистицеркозе за рубежом этот же препарат используют в суточной дозе 50 мг на 1 кг в 3 приема в течение 14 дней и более. Пока еще практически не разработано специфическое лечение других ларвальных цестодозов эхинококкоза и альвеококкоза.

Обязательно проводится комплекс терапевтических мероприятий в соответствии с особенностями патологического воздействия конкретного возбудителя и особенностей течения гельминтоза у инвазированного лица.



Профилактика.



Уменьшить вероятность заражения гельминтами можно, соблюдая элементарную гигиену:

- необходимость мыть руки перед едой и после посещения туалета;
- промывание проточной водой и обработка кипятком зелени и овощей, подаваемых к столу в сыром виде;
- отказ от употребления термически необработанных мяса (свинины), рыбы, соленой рыбы, икры, приготовленных кустарным способом;
- отказ от употребления сырой воды, особенно из открытых водоемов.



Прогноз заболеваемости гельминтозами — неблагоприятный. Развитие индивидуальных хозяйств (частное свиноводство, выращивание овощей, зелени, ягодных культур с использованием необезвреженных нечистот для удобрения) приводит к загрязнению почвы, овощей, ягод, инвазии мяса и мясопродуктов гельминтами.

Своевременное выявление и как можно быстрое проведение противогельминтной терапии позволит сократить число случаев тяжелого течения глистных инвазий и их осложнений. При выявлении у кого-то в семье гельминтов (или подозрении на них по косвенным признакам) всех членов семьи лечить не обязательно. Лечат только тех, у кого есть косвенные признаки возможного гельминтоза, поскольку большинство глистов не передается от человека к человеку. При энтеробиозе, если у человека имеется анальный зуд и эскориация (нарушение целостности поверхностных слоев кожи при механическом её повреждении, например в результате расчёсов при кожном зуде. Имеет линейную или округлую форму, нередко покрыта кровянистой корочкой).

Список использованной литературы

- <http://www.provizor-online.ru/2009/12/lechenie-i-profilaktika-gelmintozov>
- <http://www.24farm.ru/parazitologiya/gelmintozi/>
- <http://medkarta.com/?cat=article&id=15401>
- «Инфекционные болезни», Е.П. Шувалова, «Медицина», 2005