

**Қ.А. Ясауи атындағы халықаралық
қазақ-түрік университеті**

**Жалпы хирургия пәндер
кафедрасы**

***Хирургиялық
паразитарлық аурулар,
хирургиялық негіздері.***

Түркістан 2014ж

Орындаған: Ахметова
Д
Қабылдаған: Жүнісов
М.С
ЖМ-133

Жоспар:

Кіріспе

Негізгі бөлім

Паразитарлық аурулар

Эхинококкоз

Альвеококкоз

Аскаридоз

Описторхоз

Амебиаз

Филяриатоздар

Қорытынды

Пайдаланылған әдебиеттер

Хирургиялық паразитарлық аурулар

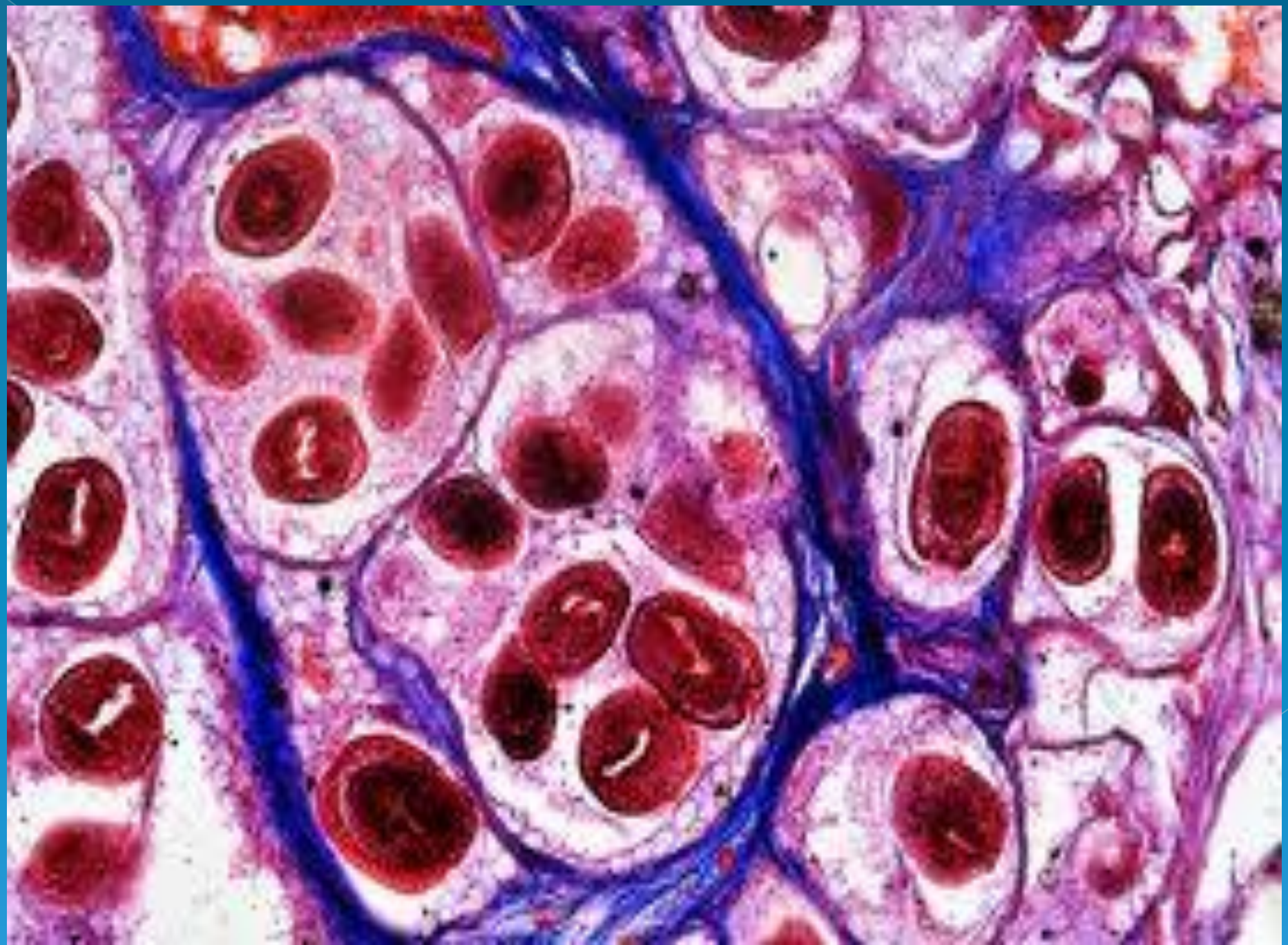
Адам денесінде 150 ге жуық паразитарлы құрттар мен олардың жұмыртқалары өмір сүре алады. Оның ішінде хирургиялық тәжірибиеде эхинококкоз, альвеококкоз, аскаридоз, амибиаз және описторхоз ауруларын тудыратын паразиттердің орны ерекше болады. Хирургиялық паразитарлы аурулардың арасында ең жиі кездеседі.



Эхинококкоз



Эхинококкоз – бұл Қазақстанның Эндемиялық аймақтарында кең тараған, медициналық және ауылшаруашылық салаларының қатерлі және ауыр паразитарлы дерті болып табылады. Бұл ауруды таспалы құрт – эхинококк (*Echinococcus granulosus*) шақырады. Ол өзінің өмірлік айналымын екі иесінің денесінде өткізеді: аралық иесі-адам және ақырғы иесі- ит,қасқыр,шибөрі, сілеусін болып табылады. Эхинококкоздың Қазақстандағы эпидемиологиялық жағдайы, әсіресе малшаруашылығы кең тараған оңтүстік аймақтарда қауіп төндіреді. Осы ауруға жұмысқа қабілеті бар адамдардың 70,4%, шалдығады. Эхинококк, көбіне бауырды және өкпені зақымдайды. Оның асқынған түрлері 12-15% жағдайда кездеседі.

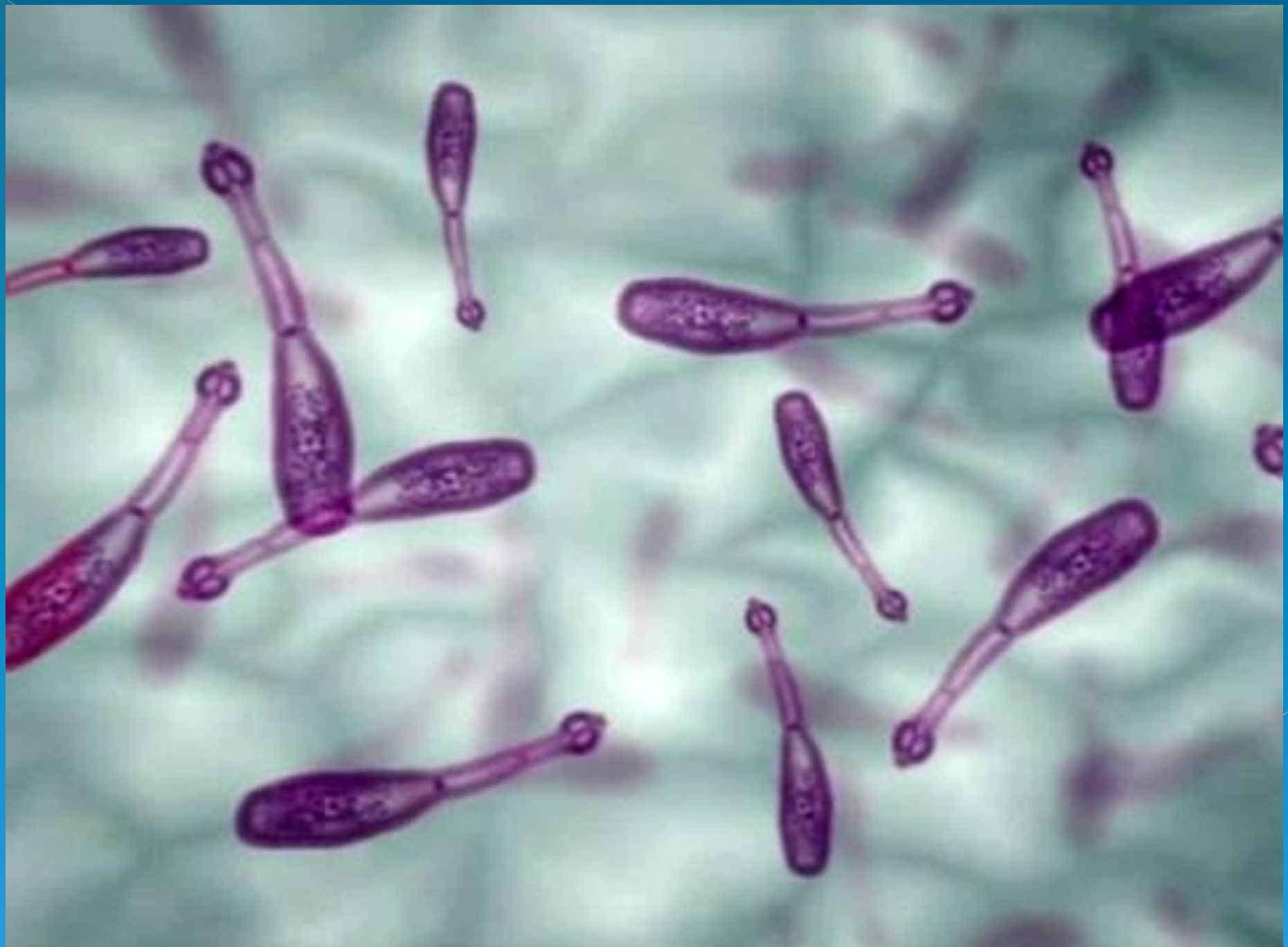


**Эхинококк
ың жұғу
жолдары,
дамуы:**

**Асқазан ішек
жолдарының
Шырышты
қабығы
арқылы**

**Жараның беті
арқылы**

**Тыныс
жолдары
арқылы**



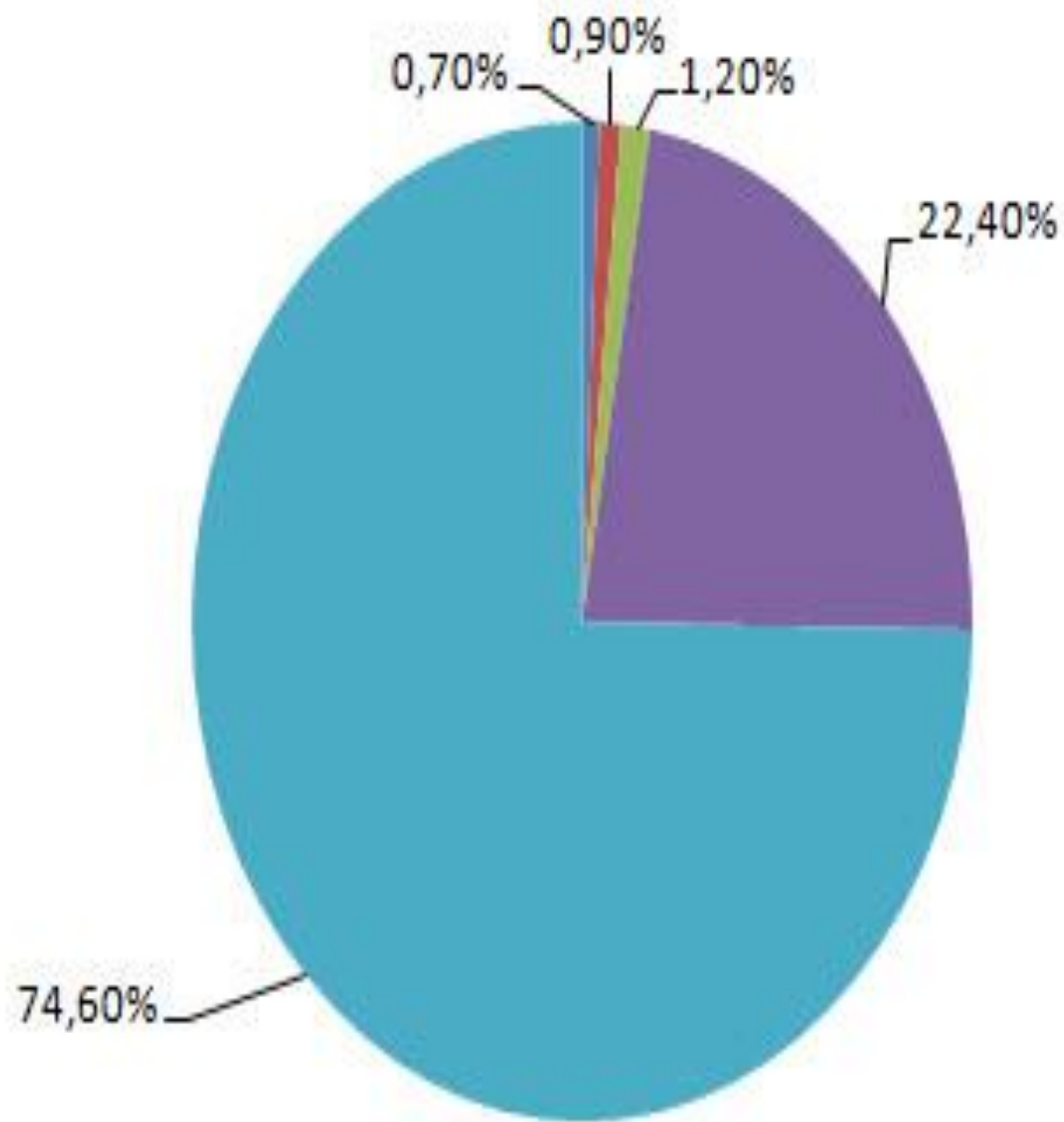
Эхинококкоз адамнан адамға жұқпайды. Көбінесе, ол асқазан-ішек жолы арқылы жұғады, яғни эхинококктың жұмыртқалары бар жеміс-жидектерді, көкөністерді жегенде, қайнамаған суды ішкенде, қолды жумай тағам қабылдағанда жұмыртқалар ауыз қуысына түсуі мүмкін. Онкосфералардың біршамасы асқазан сөлінің әсерінен өледі, ал қалғандары нәжіс арқылы сыртқа шығады.

Потогенезі . Паразиттің жұмыртқалары асқазан-ішек жолына түсіп, олардың сыртындағы қабығы сөлдің әсерінен ериді. Босап шыққан онкосфералар, ілмектерінің көмегімен асқазанның немесе ішектің шырышты қабығына енеді. Содан кейін веналық қан немесе лимфа ағымымен порталды жүйеге түсіп, бауырда тұрып қалады. Егер паразит одан өтіп кетсе өкпеге, үлкен қан айналым шеңберіне түсіп, кез-келген ағзаға немесе тіндерге барып шөгеді.

Патоморфологиясы. Эхинококк дернәсілді сатысында киста түрінде болады, оның диаметрі 50см немесе одан да үлкен болуы мүмкін. Эхинококк аралық иесінің денесінде ондаған жылдар бойы өмір сүріп, үлкейіп, дами береді. Оның құрылысы күрделі: сыртқы қабығы тығыз қабатталған, ашық сұр түсті болады және хитинді қабық деп аталады. Оның ішкі беті ұрықты қабатпен тысталған-герминативті қабық болып табылады. Эхинококктың сыртын фиброзды қабық қоршап тұрады. Кисталарының іші улы болады,аллергиялық қасиеті бар, құрамында ферменттер,қышқылдар және микроэлементтер кездеседі. Киста өте тез өсетін болса, оның қанмен қамтамасыз етілуі бұзылады,ары қарай өсуі тоқтайды және өлуі мүмкін. Киста өлген жағдайда, герминативті қабығы бұлыңғырланады, қабықтың өткізгіштігі бұзылады, кистаның ішіндегі сұйықтық сіңіріледі, ал фиброзды қабықты көп мөлшерде кальций тұздары жиналады. Кистаға инфекция түссе,ол іріңдеп,абцесс пайда болады,кейде киста жарылуы мүмкін. Паразитарлы кисталардың санына байланысты біреулік,көптік,біріккен және жайылған түрлері кездеседі.Көптік түрі деп-бір ағзада немесе аймақта бірнеше кисталардың дамуын айтады. Жайылған түрінде кисталар әртүрлі ағзалар мен аймақтарда орналасады.

Клиникалық ағымына қарай асқынған және асқынбаған эхинококкоз деп бөлінеді. Асқынған түріне: біріншіден эхинококк кистасында болатын өзгерістер-өліеттенуі, іріңдеуі, тесілуі; екіншіден басқа ағзалар мен бүкіл денеде байқалатын бұзылыстар-жыланкөздің, сепсистің, бүйрек амилоидозының, ішектің түйілуінің, сарғаюдың, порталды гипертензияның дамуы жатады.

Диагностикасы. Эпидемиологиялық анамнез жиналады, сезімтал иммунды-аллергиялық сынамалар, УДЗ, радиоизотопты сканирлеу, рентгенологиялық зерттеу әдістері, ангиография жүргізіледі.



■ трихинеллез

■ тениоз

■ эхинококкоз

■ дифиллоботриоз

■ описторхоз

Хирургиялық емнің жалпы қағидалары

Қазіргі кезде эхинококктың бірден-бір емі-хирургиялық операция(эхинококкэктомия) болып табылады. Оның ашық, жартылай жабық және жабық түрлерін ажыратады, сонымен қатар эхинококкты кистасы бар ағзаны түгел алып тастайды немесе оның резекциясын жасайды.

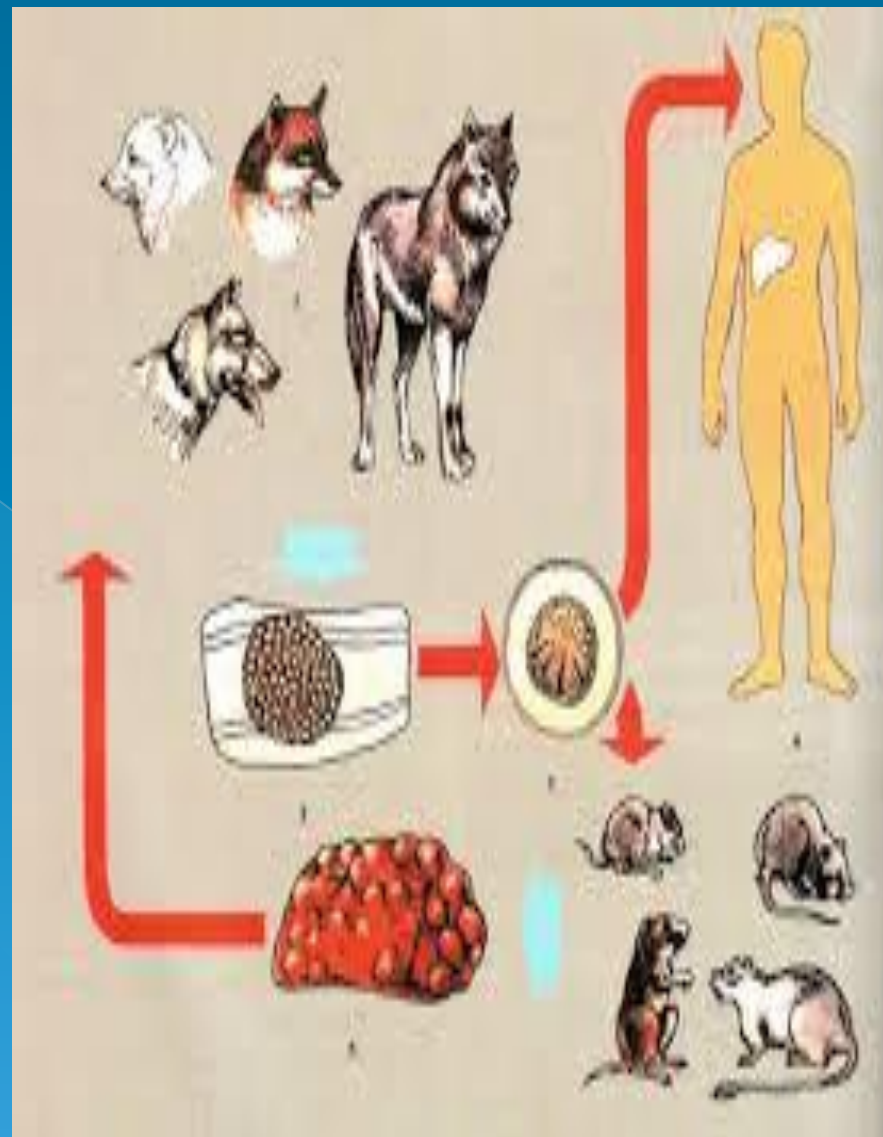
Эхинококкоздың қайталануының алдын-алу үшін, оның ұрықтық бөліктерін толық залалсыздандыру керек. Ол үшін 1-10% формалин ерітіндісі, лазер сәулесі, плазмалық ағымды аспаптар, төмен жиілікті ультра-дыбыс, 0,1-0,2% йод пен йоданат ерітінділері және глицерин қолданылады. Эхинококкоз ауруында өлімнің деңгейі 9,3% тең, ал асқынған эхинококкты кистада ол 21,5%дейін жоғарылайды.

Эхинококкоздың химиялық емі

- Мебендазол - күніге 200мг/кг-нан, 15-24 ай бойы қабылдайды;
 - Альбендозол - тәулігіне 10мг/кг-нан, 28 күн бойы қабылдап, арасында 14 күн үзіліс жасайды, емнің ұзақтығы 18айға созылады;
- Бильтрацид - тәулігіне 75-150мг-нан ішке тағайындалады.

АЛЬВЕОКОККОЗ

Альвеококкоз – *Alveococcus multilocularis* дернәсілімен бауырдың біріншілік зақымдалуын шақыратын, паразитарлы ауру болып табылады. Ол ұсақ кисталардың түзілуімен және инфильтративті өсуімен сипатталады. Эндемиялық аймақтарға Якутия, Швейцария, Австрия, Аляска жатады.



Этиологиясы. Табиғатта альвеококктың өмірлік айналымы жыртқыш аңдардың арасында жүреді. Оның ақырғы иелері түлкілер, қорсақтар, қасқырлар, жабайы мысықтар болып табылады. Аралық иелеріне-кеміргіштер жатады. Альвеококкоз көбінесе бауырды зақымдайды.

Патологиялық анатомиясы. Альвеолярлы эхинококк көптеген ұсақ (5мм-ден аспайтын) кисталардан тұрады. Олар бауырға еніп-өсіп, дәнекер тінмен қоршалады, бауыр тығыздалып, сыртқы пішіні ісікке ұқсас болып келеді.

Клиникасы. Альвеококкоздың алғашқы сатысында бауыр аймағында тұрақты емес, сыздап ауыратын сезім пайда болады. Кейде оң жақ қабырға астында ауырлық сезім пайда болады. Альвеококкоздың асқынбаған сатысында ауыру сезімі біртіндеп күшейеді, пальпаторлы бауырдың үлкеюі және кейбір бөліктерінің “тас” тәрізді тығыздалуы анықталады.

Асқыну сатысында өт жолдарындағы қысым жоғарлап, сарғаю дамиды.

Диагностикасы серологиялық әдістер, УДЗ, радиоизотопты сканирлеу, рентгенологиялық зерттеу әдістері, ангиография жүргізіледі.

Емі.

Негізгі емі- хирургиялық операция болып табылады. Оның мүмкіндігі паразиттің бауыр тініне қаншалықты енін-өсіп кеткеніне байланысты болады-бауырдың резекциясы жасалады.

Операцияның
түрлері

```
graph TD; A[Операцияның түрлері] --> B[Радикальды операциялар]; A --> C[Шартты түрде радикальды операциялар]; B --> D[Палиативті операциялар]; B --> E[Асқынуларды жоюға бағытталған операциялар]; C --> D; C --> E;
```

Радикальды
операциялар

Шартты түрде
радикальды
операциялар

Палиативті
операциялар

Асқынуларды
жоюға
бағытталған
операциялар

Радикальді операциялар-
паразитарлы түйіндерді алып тастау.

Шартты түрде радикалды операциялар- ісікті алып тастағаннан кейін, қалған бөліктерді антипаразитарлы өңдейді.

Паллиативті операциялар- зақымдалған тіндердің көлемінде бөлшектеп резекция жасау.



Аскаридоз

Аскаридоз – жұмыр құртты аскаридамен (*Ascaris lumbricoides*) шақырылады. Ол қосжынысты. Аталықтарының ұзындығы 15-20см болады, ал аналықтары 40см-ге дейін жетеді. Адамға алиментарлы жолмен жұғады. Аскарида жінішке ішектің шырышты қабығының беткей қабатының жасушаларымен және ішек бөліністерімен қоректенеді.

Патогенезінде 2 кезеңді ажыратады:

1. ерте кезең – миграциялық;
2. ішектік кезең

Аскаридоздың ішектік кезеңінде патологиялық үрдіс жіңішке ішектің шырышты механикалық зақымдалуымен және гельминттерінің зат алмасу өнімдерінің улы әсерімен сипатталады. Олар хирургиялық асқынулардың себепшісі болуы мүмкін: жедел ішектің түйілуі, ішектің тесілуі, перитонит, аппендицит, дивертикулит, асқазан-ішектік қансыраулар.

Диагностикасы. Диагнозды қою үшін, нәжісті аскариданың жұмыртқаларына тексереді, УДЗ, холецистография, құрсақ қуысының жалпы рентгенографиясы жүргізіледі.

Емі.

Аскаридоздың хирургиялық асқынулары пайда болса, хирургиялық операция орындалады-колотомия, ішектің түйілуін жою, перфорациялық тесікті тігу, құрсак қуысын тазартып, дренаждарды қою. Операциямен бірге дегельминтизация шаралары жүргізіледі: оксигенотерапия, пиперазин, левамизол, мебендазол тағайындалады.

Описторхоз

Описторхоз – гепатобилиарлы жүйе мен ұйқы безінің гельминтозы болып табылады. Бұл ауруды сібірлік *Opisthorchis felineus* қоздырады. Описторхоздың ақырғы иесі-адам, мысық, ит және т.б. Бірінші аралық иесі-тұщы судағы моллюск, екінші аралық иесі – карп балығы болып табылады. Описторхоз адамға шикі немесе шала пісірілген, нашар тұздалған балықты жегенде алиментарлы жолмен жұғады. Паразиттердің өмір сүру ұзақтығы- 10-30жыл. Паразиттер өт жолдары мен ұйқы безінің өзектерінің эпителиальді қабатын зақымдайды, олардың бітелуін шақырады. Осының нәтижесінде дискенезия, холангит, холецистит, гепатит дамиды. Диагноз қоюда эпиданамнездің және дуоденальді сұйықтық пен нәжісті описторхоздың жұмыртқасына тексерудің маңызы зор. Консервативті емі- антипаразитарлы дәрілер(хлоксил) тағайындалады. Хирургиялық асқынулары болса операция орындалады.

Амебиа

3

Амебиаздың қоздырғышы- *Entamoeba histolytica*.

Амебаның дамуы екі сатыдан өтеді: вегетативті және тыныштық сатылары. Инфекцияның көзі- адам болып табылады, ол цисталарды нәжіспен бөліп шығарады. Амебалар адамға ауыз арқылы жұғады. Қолайсыз жағдайларда амебалар ішектің қабырғасына еніп, көбейіп, протеолиттік ферменттерді бөледі де, тіндердің өліеттенуін шақырады.

Амебиаз кезінде бауырда абцесстер түзіледі, олар іш қуысына жайылуы мүмкін. Осындай жағдайларда хирургиялық операция орындалады. Сонымен қатар паразитарлы дәрілер тағайындалады: эмитин, трихопол, флагил, хингамин, хлороквин, орнидазол, метронидазол.

Филяриатоздар

Филяриатоз – филяриялармен қоздырылатын гельминтоздардың жалпы аты. Олар ыстық аймақтарда – Оңтүстікте Азияда, Африкада және Оңтүстік Америкада жиі тараған. Құрттардың дернәсілдері қоршаған ортадан денеге түсіп, ішек арқылы қан айналымына өтеді де, ары қарай өсіп жетіледі.

Филяриатоздың бірнеше түрлерін ажыратады:
вухерериоз, бругиоз, стрептоцеркоз, лоалоз, дилеталонематоз, мансонеллез.



Medical Planet .su
— *medisipedia online* —

Вухерериоз- теріде аллергиялық реакциялар мен бөртпелердің дамуымен, терінің және тері асты шелмайының регионарлы ісінуімен, лимфаденопатиямен, көкбауырдың ұлғаюымен және қанда эозинофильдердің мөлшерінің жоғарлауымен сипатталады. Дерттің өршу кезеңінде, көбінесе аяқтың және несеп-жыныс ағзаларының лимфа түйіндері зақымдалады. Бактериальді инфекция қосылса, қызба байқалады. Әйелдерде сүт безінің, ал еркек адамдарда ұманың шораяқтығы дамиды. Диагноз қоюдың негізгі критерийі – қанда микрофиляриалардың анықталуы болып табылады.

Брутиоздың қоздырғышы жіп тәрізді нематода – *Brugia malayi*, оның ұзындығы –20-55мм болады.

Онкоцеркоздың қоздырғышы – *Onchocerca volvulus*- жіп тәрізді нематода, ұзындығы 50мм дейін болады. Бұл тері асты шелмайында, бұлшықетте тіршілік етеді.

Микрофиляриялардың көз алмасына енуі, ондағы қабыну үрдісінің, қан құйылудың дамуының себепшісі болуы мүмкін.

Стрептоцеркоз. Терінің қышитын бөртпелерін туындатады.

Лоалаздың қоздырғышы – *Loaloea*- жұмыр құрт болып табылады, ұзындығы 30-70мм. Тері асты шелмайында, серозды қабықтардың және көздің астында тіршілік етеді.

Дилеталонематоздың қоздырғышы- *Dilenoelasma perstans* – серозды қуыстар мен ішектің шажырқайында тіршілік етеді.

Максонеллездің қоздырғышы- *Mansonella* – шажырқайлармен серозды қуыстарда шоғырланып, өмір сүреді, микрофиляриялары қанда болады.

Филяриатоздардың диагностикасы – дерттің клиникалық көрінісіне және қанда филяриялардың анықталуына негізделеді



Емі

Аурудың алғашқы сатыларында антипаразитарлы дерілер – дитразин цитраты тағайындалады- тәулігіне 0,1 грамнан 3рет, 7-10 күн қабылдайды. Екіншілік инфекция қосылса, антибактериальды ем жүргізеді.

Асқынулар дамыса, хирургиялық ем қолданылады.

Шораяқтың хирургиялық емі- өзгерген тіндерді толық кесіп алады да,жараға тері пластикасын жасайды.

Ұманың шораяқтығында аталық бездің қабықтарын, теріні,тері асты шелмайын сау тіндердің көлемінде кесіп алып тастайды. Операцияны паразиттер қанда болмаған жағдайда ғана орындайды. Егер қанда микрофиляриялар анықталса,онда операцияның алдында дегельминтизация жүргізіледі.



Қорытынды

Паразитарлық аурулар малшаруашылығы кең тараған жерлерде, көбінесе ыстық оңтүстік аймақтарда қауіп төндіреді. Бауырды, өкпені және басқада ағзаларды зақымдайды. Көбінесе, ол асқазан-ішек жолы арқылы жұғады, эхинококкоз жеміс-жидектерді, көкөністерді жегенде, қайнамаған суды ішкенде, қолды жумай тағам қабылдағанда жұмыртқалар ауыз қуысына түсін отырады.

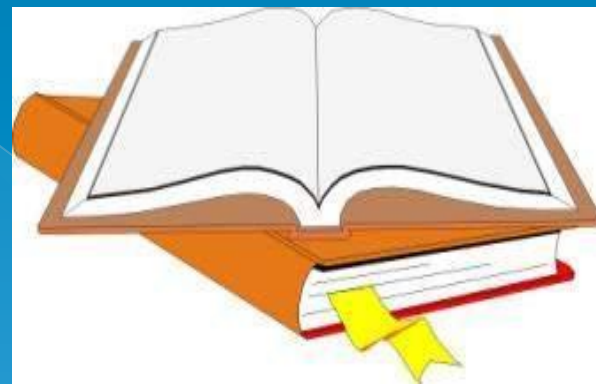




Пайдаланылған әдебиеттер:



1. Қ.Д Дурманов “Жалпы хирургия” Алматы, 2006
2. www.google.kz



*Назарларыңызға
рахмет!!!*

