

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования

«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого»

Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО

Зав.кафедрой: д.м.н профессор Тихонова Е.П
Руководитель: к.м.н, доцент Кузьмина Т.Ю

*Тихонова
Е.П. - к.м.н. Т.Ю -
Кузьмина Т.Ю -*

РЕФЕРАТ

Тема: Дифиллоботриоз

Выполнила :
ординатор 2 года
Миниханова В.А

Красноярск 2023

Определение

Дифиллоботриоз — это инвазионное заболевание человека, вызываемое паразитированием кишечных ленточных гельминтов рода *Diphyllobothrium* (преимущественно *Diphyllobothrium latum*). Клинически характеризуется синдромом поражения желудочно-кишечного тракта, токсико-аллергическими реакциями и в тяжёлых случаях развитием В12-дефицитной (мегалобластной) анемии.

Этиология и патогенез

Тип — Plathelminthes (плоские черви)

Класс — Cestoidea (цестоды)

Отряд — Pseudophyllidea (лентецы)

Семейство — Diphyllobothriidae (дифиллоботрииды)

Род — *Diphyllobothrium* (лентец)

Виды — *Diphyllobothrium latum* (широкий лентец), *Diphyllobothrium minus* (малый лентец), *Diphyllobothrium strictum* (узкий лентец), *Diphyllobothrium Tungussicum* (Тунгусский лентец), *D. klebanovskii*, *D. Dendriticum* и другие.

От головки отходит тело паразита (стробилла), имеющее длину до 20-25 метров. Оно состоит из большого числа (до 4000) члеников (проглоттид), покрытых особым эпителием, с выростами (микротрихиями), осуществляющими функцию питания. Также на эпителии имеются специальные отверстия, выделяющие ферменты, которые защищают червя от агрессии среды хозяина. Мышечная система представлена двумя слоями (кольцевым и продольным). Ширина члеников в средней части червя значительно превышает их длину (поэтому паразит и носит название "Широкий лентец").

Тело лентеца подразделяется на молодые и зрелые проглоттиды. В начальной части тела половые органы отсутствуют. Лентец является гермафродитом: в зрелых члениках находится половой аппарат в виде розетковидной матки (видна как тёмное пятно в середине членика) с содержащимися в ней яйцами паразита, а на боковых поверхностях члеников находятся семенники.

Сформированные яйца имеют вид широкого двухконтурного овала желтоватого цвета с крышечкой на одном конце и бугорком на другом. Их размер достаточно крупный — 70 x 45 мкм. За сутки один паразит может выделять до двух миллионов незрелых яиц, которые частично содержатся в отрывающихся зрелых члениках и при распаде члеников в каловых массах). Эти яйца в дальнейшем попадают в пресноводный водоём, где и происходит их последующее развитие.

Жизнеспособность яиц при благоприятных условиях сохраняется до шести месяцев, в выгребных ямах жизнеспособны до семи недель. Понижение температуры воды увеличивает время развития зародыша, но повышает выживаемость яиц. Есть сведения о возможности развития яиц в слабосоленой морской воде (устьях рек). Они малоустойчивы к действию прямых солнечных лучей и действию дезинфицирующих средств.

Через 6-16 дней при благоприятных условиях (температура воды не ниже +15°C) из яиц в воде выходят свободно плавающие зародышевые личинки округлой формы (корацидии), покрытые ресничками. Они заглатываются мелкими пресноводными рачками (циклопами и диаптомусами) — первыми промежуточными хозяевами. В кишечнике рачка корацидий избавляется от оболочки и ресничек и образует онкосферу, которая через 2-3 недели после проникновения в тело превращается в тканевую первичную форму — процеркоид (размер до 60 мкм).

В дальнейшем рачки становятся пищей для пресноводных рыб, поедающих планктон. Они являются вторым промежуточным хозяином, в теле которых (в мышцах и икре) процеркоиды проходят стадию развития и через 3-4 недели превращаются в плероцеркоиды — несегментированные личинки белого цвета длиной до 2-3 см, имеющие головку (сколекс). Так как они обладают инвазионной способностью, рыба с личинками становится источником опасности для людей.

Клиническая картина

От момента заражения инкубационный период может составлять в среднем около 40-60 дней. Выраженность проявлений заболевания зависит от количества находящихся в организме гельминтов, времени их паразитирования и свойств конкретного человека. Часто больной не испытывает вообще никаких явных изменений состояния (латентное течение), однако при тщательном расспросе можно выявить некоторые необычные для него явления.

Чаще всего обращает на себя внимание постепенное снижение работоспособности, повышенная утомляемость, слабость, нарушения сна, периодические головокружения и головные боли. Нередки периодические кожные высыпания различного характера при отсутствии явной причины (иногда по типу крапивницы), ухудшение течения имеющихся хронических заболеваний, отсутствие адекватного эффекта на проводимую по их поводу терапию. Возможен периодический беспричинный субфебрилитет (повышение температуры тела до 37,5°C).

У половины больных выявляются те или иные симптомы поражения желудочно-кишечного тракта, проявляющиеся в виде периодического дискомфорта в животе различной локализации, тошнота, метеоризм, вздутие, неустойчивый стул (от запоров до умеренной диареи). Иногда наблюдается повышение аппетита (возможна и обратная реакция — снижение аппетита), слюнотечение, металлический привкус во рту и извращение вкуса.

При запущенных случаях и развитии выраженной анемии отмечается:

- нарастающая бледность кожных покровов;
- развитие глоссита Гунтера (рельефный язык с ярко красными пятнами, впоследствии приобретающий оттенок малинового цвета с "лакированной" поверхностью);

Классификация

По вариантам течения выделяют две формы дифиллоботриоза:

- латентную (скрытую);
- манифестную (с клиническими проявлениями).

По наличию или отсутствию осложнений заболевание бывает:

- неосложнённым;
- осложнённым (мегалобластная анемия, непроходимость кишечника и другое).

Существует три степени тяжести:

- лёгкая (отсутствие клинической симптоматики или слабовыраженные проявления, явные лабораторные изменения, часто заболевание выявляется как случайная находка при обследовании или выходе паразита);
- среднетяжёлая (появление клинической симптоматики умеренной выраженности, может наблюдаться слабо выраженная анемия, серьёзные осложнения отсутствуют);
- тяжёлая (наличие значимо выраженной клинической картины, выраженных лабораторных изменений, анемии средней или тяжёлой степени, яркой картины осложнений)

Осложнения

Кишечная непроходимость образуется при значительном скоплении паразитов в кишечнике. Характерны: задержка стула, повышение газообразования, нарастание интоксикации, повышение температуры

тела, боли в животе различной интенсивности, тошнота, рвота. Такое состояние требует хирургического вмешательства.

B12 дефицитная анемия возникает вследствие конкурентного поглощения лентцом витамина B12 и снижения уровня гемоглобина, которое вызывает уменьшение объёма кислорода, доставляемого к тканям. Проявляется широким набором симптомов: бледность с лимонным оттенком, снижение работоспособности, тахикардия и одышка. Далее может развиваться миокардиодистрофия и периферические отёки. При аускультации выслушиваются функциональные анемические шумы, на ЭКГ наблюдается снижение сегмента ST и расширение желудочкового комплекса. Появляются расстройства чувствительности, особенно в нижних конечностях, чувство "ползания мушек" по коже, иногда происходят расстройства психики. В отдельных случаях наблюдается поражение кортикоспинальных путей (фуникулярный миелоз), что ведёт к двигательным нарушениям — от лёгкой слабости до нижней спастической параплегии (пошатывания при ходьбе). Возможны нарушения остроты зрения. Падает синтез нейротрансмиттеров, что вызывает снижение когнитивной функции, деменцию, преходящую депрессию. Увеличивается печень и селезёнка, развивается глоссит Гюнтера, чувство жжения языка, атрофия слизистой верхнего отдела кишечника и желудка, появляется извращение вкусовых ощущений, тяжесть в эпигастрии, возможно возникновение шума в ушах.

Диагностика

Лабораторная диагностика:

- клинический анализ крови — на начальном этапе может отмечаться умеренно выраженная эозинофилия и относительный лимфоцитоз, общие лейкоциты обычно не изменены; при запущенных и тяжёлых случаях развивается анемия — снижение уровня гемоглобина и эритроцитов при сохранении высокого цветового показателя; в небольшом количестве обнаруживаются мегалобластные клетки, в эритроцитах — тельца Жоли (обломки ядер нормобластов), умеренная тромбоцитопения и повышение СОЭ;
- биохимический анализ крови — при тяжёлых формах происходит снижение уровня фолиевой кислоты и витамина B12, повышение уровня общего билирубина за счёт непрямой фракции и гипопротейнемия (крайне низкий уровень белка в крови);

- копроовоскопия — выявляются многочисленные яйца широкого лентеца в нативном мазке кала;
- прямая визуализация тела червя при отрыве его части и выходе из прямой кишки при дефекации;
- ПЦР кала (метод неотработан и широкого практического применения не имеет).

Критерии диагностики:

- характерный эпидемиологический анамнез (пребывание на территории с очагом дифиллоботриоза, употребление недостаточно обработанной свежей пресноводной рыбы);
- неспецифическая клиническая картина (диспепсические расстройства, сочетающиеся с периодическими аллергическими проявлениями);
- признаки В12-дефицитной анемии (клинические и лабораторные);
- обнаружение яиц паразита в кале или обрывков стробиллы.

Лечение

Лечение проводится, как правило, в амбулаторных условиях и обычно не требует специальной подготовки. Стационарное лечение и особая подготовка применяются лишь при запущенных, осложнённых заболеваниях и состояниях, отягощённых выраженной сопутствующей патологией. В специальной диете нет необходимости, лишь иногда при затруднении опорожнения кишечника (запорах) показано применение слабительных средств с целью удаления погибшего червя.

Медикаментозное лечение проводится разрешёнными к применению противопаразитарными препаратами, затрагивающими жизнедеятельность паразитических червей данного ряда. Обычно длительность применения составляет не более одного дня. После проведения лечения желательно удостовериться в выходе всего червя при дефекации (в том числе сколекса), хотя при медленной перистальтике кишечника возможно растворение погибшего паразита пищеварительными соками хозяина. В некоторых случаях показано назначение диеты с повышенным содержанием железа, применение препаратов железа, нормализация микрофлоры кишечника посредством лекарств пробиотического ряда. За переболевшими устанавливается наблюдение в течении 3-6 месяцев с обязательным

неоднократным контролем анализов кала на я/глист в паразитологической лаборатории, выполненными с интервалом в один месяц.

Литература

1. Дифиллоботриоз. — Журнал "Вестник инфектологии и паразитологии». [Электронный ресурс]. Дата обращения: 22.11.2018.
2. Плющева Г.П., Дарченкова Н.Н., Акимова Р.Ф. Распространение дифилло- ботриид, имеющих медицинское значение, на территории России // Мед. паразитол. — 1997. — №2 — С. 55-60.
3. Бауер О.Н. Биологические проблемы дифиллоботриозов. Дифиллоботриозы. — М., 1968. — С. 35-42.
4. Горохов В.В. Опыт профилактики гельминтозов в хозяйствах России. // Ветеринария. — 2002. — № 8. — С. 3-5.

Институт последипломного образования

Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии

РЕЦЕНЗИЯ

КМН, доцента кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом
ПО

Кузьминой Татьяны Юрьевны

На реферат ординатора 2-го года обучения специальности «инфекционные
болезни»

Минихановой Владлены Александровны

по теме « Дифиллоботриоз »

Оценочный критерий	Положительный/отрицательный
1. Структурированность	+
2. Наличие орфографических ошибок	-
3. Соответствие текста реферата по теме	соответствует
4. Владение терминологией	владет
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	тема раскрыта
6. Логичность доказательной базы	+
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8. Круг использования известных научных источников	+
9. Умение сделать общий вывод	+
10. Актуальность	актуальна

Итоговая оценка: положительная/ отрицательная

Комментарии рецензента:

Дата: 10.02.2023

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:


