

**024. ЭХИНОКОККОЗ ЛЕГКИХ
(описание клинического случая)
ESHINOCOCCUS OF LUNGS**

Р.Р. Ягфарова-врач терапевтического отделения,
МСЧ МВД по РТ

О.Н. Сигитова- д.м.н., профессор, зав. кафедрой
ОВП КГМУ

С.Р. Шангараева-ординатор общей врачебной
практики КГМУ

Р.Р. Кавгич -ординатор общей врачебной практики КГМУ

R.R.Yagfarova, O.N. Sigitova, S.R.Shangaraeva, R.R.Kavgich

Kazan State Medical University, Department of General Medical Practice

Clinical Hospital of Medico-Sanitary Unit of Ministry of Affair of Republic of Tatarstan, Kazan

Реферат. Разобран клинический случай эхинококкоза легких. Данное заболевание второе по частоте проявлений инвазии после эхинококкоза печени, может симулировать заболевание другой этиологии. Нами представлены: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика и лечение эхинококкоза легких.

Ключевые слова: эхинококкоз легких

Abstract. The clinical case of an echinococcosis of lungs is examed.

After a liver echinococcosis, this disease is the second for frequency of manifestation of invasion. It can simulate any disease of lungs of other aetiology.

Here the aetiology, a pathogenesis, clinic, diagnostics and treatment of echinococcosis of lungs is presented

Key words: echinococcosis of lungs

Пациент **А.**, 1957г.р., находился на стационарном лечении в терапевтическом отделении с 14.08.2008 по 10.09.08. Поступил в отделение с жалобами на общую слабость, малопродуктивный кашель, одышку при обычной физической нагрузке, тяжесть и боли в правой половине грудной клетки, повышение температуры тела до 37,8 °С.

Из анамнеза настоящего заболевания установлено, что мужчина болен с 04.08.08, когда появились озноб, колющие боли в грудной клетке при дыхании, повышение температуры тела до 38,8° С, что пациент связал с переохлаждением. С 07.08.08 обратился в поликлинику МЧС МВД РТ, где была проведена рентгенография органов грудной клетки (ОГК) и обнаружена инфильтрация легочной ткани справа. Принимал аугментин по 1000 мг 2 раза в день, улучшения не было. 13.08.08 проведена рентгенография ОГК в правой боковой проекции - апикальное затенение справа, затенение с горизонтальным уровнем над диафрагмальной зоной справа с затеком по паракостальной плевре до 7 ребра по боковой поверхности. Заключение: «Правосторонний гидроторакс».

При объективном осмотре: общее состояние пациента удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски. Отеков нет, лимфатические узлы не увеличены. ЧД-24 в мин; перкуторный звук над легкими в нижних отделах справа укороченный, дыхание в этих же отделах не проводится; тоны ритмичные, приглушены; пульс-132, ЧСС -132 уд/мин, АД-120/87 мм. рт. ст., Т -36,7 ° С. Язык влажный, чистый. При осмотре живота видимых изменений не выявлено. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 14*10*7см. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Выставлен предварительный диагноз: «Внебольничная правосторонняя пневмония, тяжелое течение, осложненная плевритом. Дыхательная недостаточность».

Данные лабораторных и инструментальных методов обследования

В динамике показателей общего анализа крови следует отметить постепенное нарастание эозинофилии от 11% до 22 % (Таблица 1). Данные биохимических показателей крови без существенных изменений. В анализе мокроты от 15.08.08 определяется большое количество лейкоцитов, плоского эпителия, 12-20 альвеолярных макрофагов, 20% эозинофилов в поле зрения (таблица 2). На фоне лечения в динамике от 19.08.08 в мокроте количество лейкоцитов, плоского эпителия снижено до 1-2 в поле зрения, изменился характер мокроты от слизисто-гнойного желтовато-красного цвета до слизистого.

15.08.08 была выполнена плевральная пункция и эвакуировано 500,0 мл жидкости темно-коричневого цвета (таблица 3). При проведении цитологического исследования плевральной жидкости в полученном осадке обнаружены клетки мезотелия в состоянии пролиферации, эозинофильные лейкоциты, лимфоциты в небольшом количестве.

18.08.08 проведено УЗИ плевральной полости и справа обнаружена свободная жидкость толщиной 76 мм по лопаточной линии до уровня 8 ребра. Учитывая эозинофилию крови, 21.08.08 больной был направлен в лабораторно-диагностический центр на ИФА анализ на гельминты. Результат отрицательный (АТ к описторхам, токсакарам, эхинококкам, трихинеллам не обнаружены). На фоне проводимого лечения: сумамед 500 мг х 1 раз/сут (с 14.08.08-17.08.08), линкомицин 2,0 гр. х 3 раза/сут в/м (с18.08.08-26.08.08), на цефотаксим - аллергическая проба положительная, улучшения не было. Сохранялся кашель, в нижних отделах справа дыхание было ослаблено.

02.09.08 пациента консультировал профессор А.А. Визель: рекомендована латерограмма, на которой 03.09.08 справа выявлена свободная жидкость. Учитывая отсутствие влияния неспецифической терапии на течение плеврита, пациент направлен на консультацию фтизиатра. По заключению фтизиатра (04.09.08): «Правосторонний идиопатический плеврит». Данных за специфический плеврит нет. 04.09.08 повторно выполнена плевральная пункция, эвакуировано 400 мл соломенной жидкости. На рентгенографии ОГК от 04.09.08 жидкости в плевральной полости нет.

После пункции плевральная жидкость была направлена на анализ в клинко-диагностический центр, где были обнаружены эхинококковые пузыри 3-5-7 в поле зрения, лейкоциты и эритроциты в большом количестве. Яйца гельминтов (аскаридоз, трихоцефалез, тениоз, тениорхоз, геминолепидоз, дифиллоботриоз, стронгилоидоз, описторхоз) в кале не обнаружены (05.09.08). Вызван на консультацию инфекционист В.С.Мороков. Выставлен диагноз:

«Эхинококкоз легких». В соответствии с клиническим диагнозом пациенту было рекомендовано следующее: альбендазол 400 мг 2 раза/сут в течение 4 недель, затем перерыв 1 неделя и повторить курс в течение 4 недель, контроль анализов крови 1 раз в 10 дней (эозинофилы, печеночные пробы), наблюдение терапевта, инфекциониста по месту жительства, при появлении очагов в легких, кист – рассмотреть возможность хирургического лечения. За время нахождения в стационаре у пациента нормализовалась температура, исчезли боли в правой половине грудной клетки, сохраняется незначительный сухой кашель. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии.

Динамика лабораторных показателей (ОАК)

Таблица 1

Показатели	15.08.08	19.08.08	02.09.08	09.09.08
Hb, г/л	118(↓)	139	136	134
Er, *10 ¹² /л	3,38(↓)	4,03	3,85	4,62
L, *10 ⁹ /л	5,1	7,7	6,2	7,1
эозинофилы	11(↑)	18(↑)	22(↑)	16(↑)
СОЭ, мм/ч	13	12	14	5

Динамика анализа мокроты

Таблица 2

Показатели	15.08.08	19.08.08
Цвет	Желтовато-красный	Белый
Характер	Слизисто-гнойная	Слизистая
Лейкоциты	В большом количестве	1-2 в поле зрения
Эпителий плоский	В большом количестве	2-4 в поле зрения
Бактерии	+	+
Детрит	++	+
Альвеол. макрофаги	12-20 в поле зрения	-
Эозинофилы	20	-

Динамика анализа плевральной жидкости

Таблица 3

Показатели	15.08.08	05.09.08
белок	30,0	3,795
Проба Ривальта	+	+
Лейкоциты	В большом кол	В большом кол
Лейкоформула	э-82, л-18	э-40, л-35

Эхинококкоз легких - хроническое заболевание, характеризующееся развитием в легких солитарных или множественных кистозных образований. Возбудителем заболевания является личинка ленточного гельминта *Echinococcus granulosus*. Его развитие происходит со сменой двух хозяев. В качестве окончательного хозяина основное положение

занимает собака. Собаки заражаются при поедании мясных отходов с убойных площадок, кухонь, а также продуктов охоты - пораженных органов или трупов диких травоядных животных. Здоровые животные также могут передавать инвазию человеку в качестве механических переносчиков яиц, которыми загрязняется их шерсть, язык при облизывании зараженной собаки. Из кишечника яйца гельминтов попадают в портальную вену и печень. Вследствие малой величины зародыши глистов могут проникать через капилляры печени в нижнюю полую вену в малый круг кровообращения и легкие, а иногда и через капилляры легких - в большой круг кровообращения. Возможно также проникновение яиц глистов из кишечника по лимфатическим путям через грудной проток в верхнюю полую вену и легкие. Первая стадия заболевания – стадия не вскрытой эхинококковой кисты – связана с ростом пузыря, сдавлением ткани легкого, сосудов, бронхов. Больных беспокоят одышка, кровохарканье, боли в грудной клетке, сильный кашель, вначале сухой, затем переходящий во влажный со слизисто-гнойной мокротой. Визуально – деформация грудной клетки, сглаженность межреберных промежутков, перкуторно – притупление звука, при аускультации – ослабление дыхания, шум трения плевры. Вторая стадия связана со вскрытием кисты. При прорыве в бронх появляется сильный кашель, удушье, цианоз, тяжелые аллергические реакции, развитие аспирационной пневмонии. При прорыве в плевру, перикард может наступить анафилактический шок и внезапная смерть. Диагноз эхинококкоза основывается на данных клинического и эпидемиологического анамнеза, результатах инструментальных исследований и серологических реакций [1]. Важное значение, в диагностике эхинококкоза легких имеет рентгенологический метод исследования, на котором эхинококковая киста выявляется в виде округлой гомогенной тени с четким контуром, особенно в сочетании с эозинофилией. При вдохе киста может вытягиваться, при выдохе вновь приобретать округлую форму. Неотъемлемую роль играют серологические методы диагностики: реакция непрямой гемагглютинации, иммуноферментный анализ. Бесспорным доказательством наличия эхинококка является обнаружение в мокроте фрагментов паразита, что наблюдается при прорыве кисты [2]. В последние годы преимущественное значение в диагностике эхинококкоза приобрело ультразвуковое исследование, радиоизотопные методы исследования, легочная эхография. При эхинококковых кистах проводится оперативное лечение. Самопроизвольный прорыв в бронх дает только кажущееся излечение, остающаяся полость эхинококка в виде воздушной кисты, как правило, нагнаивается. Для предупреждения осложнений оперативное лечение должно быть применено в возможно ранней стадии болезни [3]. Техника

операции та же, что и при вскрытии абсцесса легкого. Прогноз и результаты оперативного лечения эхинококка легких благоприятные. Профилактика эхинококкоза состоит в том, чтобы ограничить контакт с собаками, игры с ними детей, тщательно мыть руки после контакта с животными, перед едой, после работы в огороде, не употреблять в пищу немывтые дикорастущие ягоды, не пить некипяченую воду из природных водоемов.

Следует уделять особое внимание пациентам, у которых выявляется эозинофилия крови, плевральной жидкости, в сочетании характерной рентгенологической картины, для того, чтобы своевременно диагностировать глистные инвазии и начать превентивное лечение.

Литература

1. Покровский, В.И. Инфекционные болезни и эпидемиология / В.И. Покровский, С.Г. Пак // М.: «Изд-во Гэотар-Медиа», 2009-1250 с.
2. Семенов, В.И. Руководство по инфекционным болезням / В.И. Семенов // «Медицинское информационное агенство», 2009-739 с.
3. Хамидуллин, Р.И. Гельминтозы. Выявление и лечение / Р.И. Хамидуллин // Казань: «Изд-во Идель-Пресс», 2007-224 с.
4. Чучалин, А.Г. Справочник по пульмонологии / А.Г. Чучалин, М.М. Илькович // М.: «Изд-во Гэотар-Медиа», 2009-1245 с.



© Т.И. Андреева, 2010
УДК 613.84

ЗАЧЕМ И КАК СЛЕДУЕТ ПОМОГАТЬ ПАЦИЕНТАМ-КУРИЛЬЩИКАМ В ОТКАЗЕ ОТ КУРЕНИЯ

WHY AND HOW TO HELP SMOKING PATIENTS IN CESSATION OF TOBACCO USE

Андреева Татьяна Ильинична, кандидат медицинских наук, доцент кафедры «Школа здравоохранения» Национального университета «Киево-Могилянская академия», Киев, Украина, e-mail: tatianandreeva@yandex.ru

Tatiana I. Andreeva, MD, PhD, School of Public Health, National University of Kyiv-Mohyla Academy, Kiev, Ukraine, e-mail: tatianandreeva@yandex.ru

Реферат

Лекция посвящена возможностям врачей оказывать помощь курильщикам в прекращении курения (ПКПК). Из-за недостаточной ПКПК в странах бывшего СССР большая часть курильщиков выбывает из-за смерти, а не благодаря прекращению курения. Врачи чаще спрашивают о курении пациентов старшего возраста, имеющих запущенные

заболевания, хотя наибольший эффект от их вмешательства возможен в отношении более молодых курильщиков. Совет медицинского работника о прекращении курения является вмешательством с доказанной эффективностью. Врачи должны уточнять курительный статус пациентов, советовать курильщикам прекратить курить и предлагать им помощь. Приведены доказательные данные последних лет. Описаны действия врача, краткие интервенции, диагностика никотиновой зависимости и готовности пациента к прекращению курения, медикаментозные средства для ПКПК.

Ключевые слова: табачная эпидемия, прекращение курения, краткие интервенции, фармакотерапия, медицинские работники.

Abstract

The lecture is devoted to physicians' possibilities in providing smoking cessation help (PSC). Because of insufficient SCH in the former USSR countries, a large proportion of smokers stop being smokers due to deaths and not quitting smoking. Physicians are more likely to ask about smoking those patients who are older and have chronic diseases while younger smokers would more likely benefit. Stop smoking advice from health worker is an evidence-based intervention. Physicians should keep up-to-date records of patients' smoking status, advise smokers to stop, and offer them assistance with doing so. Recent evidence-based data regarding smoking cessation is reviewed. Physician's activities, content of brief interventions, diagnostics of nicotine dependence and readiness to quit, and pharmacotherapy for smoking cessation are described.

Key words

tobacco epidemic, smoking cessation, brief intervention, pharmacotherapy, health workers

Общие представления о табачной эпидемии, по международным данным

Наблюдения, накопившиеся в развитых странах еще до того, как потребление табака стало осознаваться как проблема в странах с низким и средним уровнями доходов, были систематизированы в виде описательной модели табачной эпидемии Аланом Лопесом и соавторами.[55] Модель включает в себя четыре динамических процесса: распространенность курения среди мужчин и женщин в отдельности, а также смертность от вызванных потреблением табака болезней среди мужчин и женщин. Первой начинает возрастать распространенность курения среди мужчин; рост распространенности курения среди женщин начинается позднее, обычно через несколько десятилетий после мужской (в зависимости от страны и уровня эмансипации в ней). Рост смертности начинается примерно через 20-30 лет, так как заболевания, наиболее заметно связанные с курением (прежде всего, рак легкого), развиваются после нескольких десятилетий курения.

Заболевания, в отношении которых установлена причинная роль курения и воздействия табачного