С.Ж. Асфендияров Атындағы қазақ ұлттық медицина университеті

Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова

Факультет: общей медицины

Кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии

Доклад

на тему:

Лямблиоз, шистосомоз половых органов. Лимфогранулема венерическая

Выполнила: Маделханкызы Зухра

Курс: 2, Группа: 40-01

Проверила: К.У. Урумбаева.

профессор, к.м.н., доцент

Алматы 2016г.

**План**

Введение

1. Лямблиоз

.1 Понятие о заболевании лямблиоз

1.2 Диагностика заболевания лямблиоз

2. Шистосомоз половых органов

3. Лимфогранулема венерическая

Заключение

**Введение**

В данном докладе рассмотрены такие венерические заболевания как лямблиоз, шистосомоз половых органов, лимфогранулема венерическая. Наряду с этим подробно описаны этимология, симптомы и диагностика этих заболеваний. Целью данного доклада является предоставление дополнительной информации для студентов в целях профилактики распространения данных инфекций половым путем среди молодежи.

Данные заболевания могут передаваться не только половым путем, именно поэтому необходимо знать все пути передачи лямблиоза, шистосомоза половых органов, лимфогранулемы венерической.

Лямблиоз - это достаточно распространенное заболевание, развивающееся по причине поражения печени и тонкого кишечника. Лямблиоз, симптомы которого провоцируют такие паразиты как лямблии, может протекать как в легкой, так и в тяжелой степени собственных проявлений. Бывает и так, что носители паразитов не болеют, однако свободно заражают людей, их окружающих, потому как их тело в этом случае выступает в качестве достаточно удобного и безопасного контейнера для лямблий.

Шистосомоз (бильгарциоз) - хронически протекающий гельминтоз, вызываемый шистосомами и характеризующийся преимущественным поражением мочеполовых органов и желудочно-кишечного тракта. Известно несколько видов шистосом. Возбудитель шистосомоза мочеполовых органов - гельминт Schistosoma haematobium.

**1. Лямблиоз**

**.1 Понятие о заболевании лямблиоз**

Лямблиоз - это достаточно распространенное заболевание, развивающееся по причине поражения печени и тонкого кишечника. Лямблиоз, симптомы которого провоцируют такие паразиты как лямблии, может протекать как в легкой, так и в тяжелой степени собственных проявлений. Бывает и так, что носители паразитов не болеют, однако свободно заражают людей, их окружающих, потому как их тело в этом случае выступает в качестве достаточно удобного и безопасного контейнера для лямблий.

Описание. Возбудители заболевания попадают в организм самыми различными путями, после чего локализуются в области толстой или тонкой кишки, где происходит их интенсивное размножение. Заражение человека происходит после того, как произошел контакт с уже зараженным носителем инфекции. Между тем известно и то, что носителями лямблий могут быть кошки, собаки и грызуны. Помимо этого, лямблии нередко обнаруживаются в среде загрязненных водоемов, в том числе и в воде, которая доступна нам из-под крана. Для начала развития лямблиоза достаточно, чтобы в организм попало 10 цист лямблий, помимо чего также достаточно располагать низкой степенью кислотностью желудочного сока. В соответствии с особенностями проникновения в организм паразитов, выделяют такие их пути:

Водный - заражение происходит при использовании недостаточно очищенной воды, взятой из-под крана, а также при попадании в организм воды из среды открытого водоема;

Контактно-бытовой - накопление возбудителей происходит непосредственно на предметах обихода в виде одежды, посуды, игрушек и прочих;

Пищевой - в качестве источников заражения выступают самые различные продукты питания. В особенности часто лямблиоз возникает после принятия в пищу продуктов, не прошедших соответствующей термической обработки (фрукты, овощи, ягоды).

Острый лямблиоз. Симптомы. Преимущественно эта форма лямблиоза наблюдается среди детей категории младшего возраста, а также среди лиц любого другого возраста, у которых в значительной степени ослаблен иммунитет. Для острого лямблиоза характерным является проявление в виде ярко выраженного диарейного синдрома, повышенной температуры и поражений тонкого кишечника.

Среди других симптомов выделяют следующие:

лихорадка;

рвота;

появление сыпи (аналогичной кори, краснухе);

анорексия;

резкие боли в средней и верхней эпигастральной областях;

При адекватном и своевременном лечении этой формы лямблиоза выздоровление больного наступает уже через пять-семь дней с момента проявления у него первой клинической симптоматики. Отсутствие же соответствующего лечения переводит заболевание в подострую стадию или в стадию хроническую, что происходит чаще всего. Характерные для заболевания проявления возобновляются с момента изменения питательного рациона (углеводное питание), а также после простудных заболеваний и различного масштаба стрессов - то есть, в тех состояниях, при которых существенным образом снижается иммунная защита организма. Заболеванию свойственным является волнообразное течение, при постепенном нарастании неврологической и аллергической симптоматики.

**2.2 Диагностика заболевания лямблиоза**

Ввиду свойственного заболеванию многообразия, отмечаемому в его клинических проявлениях, а также ввиду отсутствия характерных патогномоничных симптомов, необходимо обязательное лабораторное подтверждение соответствующего диагноза. В качестве материала для исследований выступают фекалии, а также дуоденальное содержимое. Дуоденальное содержимое позволяет определить трофозоиты лямблий, фекалии в оформленном виде - цисты, полуоформленные и жидкие фекалии определяют и цисты, и трофозоиты.

Лечение лямблиоза. Избавление от паразитов должно производиться в комплексном режиме. Лечение лучше всего начинать в процессе обострения заболевания - это позволяет отслеживать изменения в степени выраженности симптоматики, а также определить, насколько эффективны те или иные производимые манипуляции. Один из главных моментов, актуальных при лечении лямблиоза, заключается в соблюдении строжайшей диеты.

Остановимся детальнее на применяемых сегодня препаратах и технологиях. Так, в лечении лямблиоза в условиях клиник весьма активно используются антипаразитные препараты, которые проявили себя с достаточно эффективной стороны при борьбе с взрослыми особями. Между тем, их использование практически никоим образом не воздействует на личинок и на маленьких лямблий. По этой причине лечение заболевания должно производиться в комплексе со специализированными препаратами типа трихопол, фуразолидон, тинидазол.

Важная роль отводится также и энтеросорбентам, с помощью которых из организма выводятся токсины, образуемые в качестве побочного продукта жизнедеятельности паразитов. Детям рекомендуются энтеросорбенты типа активированного угля, лактофильтрума, смекты. В течение последних нескольких лет врачами, в комплексе с традиционными методиками лечения лямблиоза применялись и определенные разработки инновационного масштаба. Между тем, с наилучшей стороны себя проявили ингибиторы тубулина, относящиеся к бензимидазольному ряду. Они более безопасны в сравнении с препаратами, представляющими группу метронидазолов, кроме того, менее выражены у них и побочные эффекты. Что касается уже отмеченной диеты, которую важно соблюдать при лямблиозе, то она, прежде всего, подразумевает под собой отказ от употребления продуктов питания, насыщенных простыми углеводами. Именно за счет них создаются наилучшие условия для жизнедеятельности и размножения паразитирующих организмов. Частичный (а лучше - полный) запрет распространяется на колбасы, молоко, хлеб, макаронные изделия, сладости и различные мучные продукты. Отметим также, что диета, актуальная при лямблиозе, представляет собой не только лишь правильно подобранный состав продуктов питания, но и правильность в их приготовлении. В частности любые продукты, как и блюда, должны быть соответствующим образом термически обработаны. Фрукты и овощи тщательно промываются с использованием теплой воды. Для диагностирования лямблиоза в случае проявления перечисленной симптоматики следует, прежде всего, обратиться к инфекционисту.

лямблиоз шистосомоз лимфогранулема кишечный печень

**2. Шистосомоз мочеполовых органов**

Шистосомоз (бильгарциоз) - хронически протекающий гельминтоз, вызываемый шистосомами и характеризующийся преимущественным поражением мочеполовых органов и желудочно-кишечного тракта. Известно несколько видов шистосом. Возбудитель шистосомоза мочеполовых органов - гельминт Schistosoma haematobium. Это большая группа тропических биогельминтов, вызываемых плоскими гельминтами, относящимися к классу Trematoda, роду Shistosoma. Шистосомоз широко распространен в странах Африки, Азии, Латинской Америки, особенно в Египте и Ираке. Это заболевание уносит ежегодно 500 000 жизней; по данным ВОЗ им страдают до 300 млн. человек, а еще 600 млн. человек могут быть заражены. Шистосомоз - значимая социально-экономическая проблема в ряде стран, поскольку болеют преимущественно люди трудоспособного возраста; соотношение мужчин и женщин 5:1.

Заражение происходит при контакте с водой, содержащей личинки (церкарии) шистосомы, в прибрежных, хорошо прогреваемых участках рек, оросительных каналов и других водоемов с медленным течением и богатой растительностью. В эндемичных районах уровень зараженности шистосомозом наиболее высок у лиц 10-20 лет, проживающих в неблагоприятных социально-экономических и санитарно-гигиенических условиях. При этом область распространения заболевания постоянно расширяется вследствие миграции населения, проведения ирригационных работ и создания водохранилищ.

Этиология и патогенез**.** Возбудитель мочеполового шистосомоза - трематода Schistosoma haematobium. Самцы и самки паразита различаются размерами: длина самца гельминта от 4 до 15 мм, ширина - 1 мм, длина самки - до 20 мм, ширина - 0,25 мм. Яйца гельминта очень небольшие, диаметром всего 0,1 мм, овальной формы, с шипом на одном из полюсов.

Цикл развития шистосом связан со сменой хозяев. Выделяют две формы: личиночная форма находится внутри улитки-моллюска (промежуточный хозяин); половозрелая - в организме человека (окончательный хозяин). Промежуточными хозяевами могут быть три вида моллюсков: Bulinus trancatus, Bulinus becari и Bulinus wrisht.

Миграция шистосомы происходит следующим образом: выделяясь из организма человека с мочой, яйца паразита попадают в воду каких-либо пресноводных водоемов. В воде оболочки яиц быстро разрываются, и из них выходят промежуточные формы гельминта - мирацидии. Для дальнейшего развития они нуждаются в промежуточном хозяине. Для Schistosoma haematobium такими промежуточными хозяевами являются пресноводные моллюски нескольких видов (Bullinus truncatus, Bullinus forskali, Bullinus tropicalis, Physopsis afri-cana и др.). Оптимальная температура воды для их обитания 20-25°С, температура воды ниже 0°С и выше 50°С вызывает гибель моллюсков. Моллюски предпочитают водоемы с медленным течением (не более 25 см/с).

В распространении моллюсков большую роль играет наличие пищи: специфической растительности, одноклеточных водорослей, а также микроорганизмов, детрита. После сезона дождей отмечается резкое возрастание популяции моллюсков. Мирацидий проникает в тело моллюска, где находится от 4 до8 недель. В этот период происходит дальнейшее развитие гельминта. Установлено, что в промежуточном хозяине происходят циклы бесполого размножения, дающие начало поколению хвостатых личинок шистосомы - церкариев. Ежесуточно из зараженного моллюска в воду выделяется несколько тысяч церкариев, продолжительность жизни которых один-два дня.

При нахождении человека в воде, зараженной гельминтами, церкарии могут внедриться в его организм через неповрежденную кожу или слизистые оболочки. Проникновению церкариев способствует наличие у них на головном конце пяти пар желез, выделяющих литические вещества. Кроме микроскопического ранения в месте проникновения церкария других изменений на коже не наблюдается. Внедряются головка и тело, а хвост отторгается, образуя метациркарий.

Примерно через 30 мин после попадания в организм человека благодаря активному движению и лизису тканей церкарии проникают в капилляры кожного покрова, а затем в венулы и более крупные кровеносные сосуды. По венам церкарии достигают правого предсердия и правого желудочка сердца и попадают в легочные капилляры. Для этого требуется несколько дней, в течение которых некоторые личинки разрушают мелкие кровеносные сосуды, что сопровождается геморрагическими проявлениями. Спустя пять дней с момента внедрения через кожный покров церкарии достигают портальной вены и оседают в ее мелких внутрипеченочных ветвях.

Через 3 недели после заражения человека личинки мигрируют в мезентериальные, дуоденальные венозные сплетения, а также в венозные сплетения мочевого пузыря. Одной из особенностей шистосом является то, что их взрослые особи паразитируют не в просвете кишечника, как большинство гельминтов, а преимущественно в венах мочевого пузыря или кишечника. К 10-12-й неделе личинки паразита достигают половой зрелости и самки начинают откладывать яйца в сосудистом русле.

Спазм сосуда способствует проникновению яйца через сосудистую стенку и выходу в окружающие ткани. Чаще всего яйца шистосомы локализуются в подслизистом слое мочевого пузыря, в редких случаях их можно обнаружить в слизистой оболочке мочевого пузыря, а также в мышечном слое. За счет литических ферментов, выделяемых находящимся в яйце зародышем - мирацидием, яйца шистосомы в состоянии «пробуравливать» слизистую оболочку мочевого пузыря и попадать в его просвет. Затем с током мочи яйца выделяются во внешнюю среду, и цикл развития повторяется.

**3. Лимфогранулёма венерическая**

Лимфогранулёма венерическая - венерическая болезнь, вызываемая лимфотропными серотипами Chlamydia trachomatis; характеризуется поражением преимущественно области наружных половых органов, промежности и прямой кишки. Распространена в странах с тропическим и субтропическим климатом; в странах постсоветского пространства встречается крайне редко.

Заражение обычно происходит половым путем. Возбудители внедряются в кожу и слизистые оболочки через микротрещины и царапины. В результате распространения процесса поражаются лимфатические узлы, в которых возникают зоны некроза и образуются абсцесс <http://www.nedug.ru/desease/%d0%90%d0%b1%d1%81%d1%86%d0%b5%d1%81%d1%81>ы звездчатой формы. В тканях вокруг пораженных лимфатических узлов отмечаются гиалиноз сосудов, множественные тромбы, гиперплазия эндотелия, периваскулярный инфильтрат.

Инкубационный период - 3-4 дня и более. Затем на месте внедрения хламидий образуется быстро исчезающий первичный очаг величиной не более 6 мм. Он может представлять собой папулу, поверхностную эрозию, в ряде случаев напоминает генитальный герпес <http://www.nedug.ru/desease/%d0%93%d0%b5%d1%80%d0%bf%d0%b5%d1%81>. Он локализуется главным образом на половом члене и мошонке у мужчин, у входа во влагалище, на его задней стенке и шейке матки у женщин. Первичный очаг заживает через несколько дней, не оставляя рубца. Иногда у мужчин ему сопутствует шнурообразный лимфангиит на спинке полового члена, отек крайней плоти и фимоз <http://www.nedug.ru/desease/%d0%a4%d0%b8%d0%bc%d0%be%d0%b7>. Иногда первичный очаг не обнаруживается. У части больных вместо первичного очага отмечаются проктит, эндоцервицит или неспецифический уретрит <http://www.nedug.ru/desease/%d0%a3%d1%80%d0%b5%d1%82%d1%80%d0%b8%d1%82>.

Спустя 2-6 мес. и позже после заражения наступает стадия лимфаденопатии. У мужчин обычно поражаются паховые лимфатические узлы, чаще с одной стороны. Характерно одновременное поражение лимфатических узлов над и под паховой складкой; при этом отмечается симптом «борозды» - разделение паховой складкой конгломерата увеличенных лимфатических узлов на верхнюю и нижнюю группу. У женщин чаще вовлекаются лимфатических узлы малого таза.

Пораженные паховые лимфатические узлы в течение 1-2 нед. резко увеличиваются, становятся плотными, умеренно болезненными, спаиваются с кожей и подлежащими тканями.

Кожа над ними гиперемирована. В отдельных лимфатических узлах формируются абцессы, а затем и свищи, через которые выделяются клейкая желтоватая жидкость, кровянистый гной или казеозные массы. Заживление свищ <http://www.nedug.ru/desease/%d0%a1%d0%b2%d0%b8%d1%89>ей происходит медленно, гной выделяется в течение нескольких месяцев, иногда лет. В паховой области остаются каллезные сморщенные рубцы. Отмечаются лихорадка <http://www.nedug.ru/desease/%d0%9b%d0%b8%d1%85%d0%be%d1%80%d0%b0%d0%b4%d0%ba%d0%b0>, головные боли, анорексия <http://www.nedug.ru/desease/%d0%90%d0%bd%d0%be%d1%80%d0%b5%d0%ba%d1%81%d0%b8%d1%8f>, тошнота, рвота, миалгия и др. При отсутствии лечения в дальнейшем у больных,как правило, развивается слоновость половых органов, их изъязвления, стриктуры и свищ <http://www.nedug.ru/desease/%d0%a1%d0%b2%d0%b8%d1%89>и прямой кишки.

В результате распространения патологического процесса на промежность и прямую кишку возникает характерный для генитоаноректальный синдром - тяжелый фистулезноспаечный процесс в области наружных половых органов, промежности и прямой кишки.

**Заключение**

В результате анализа данных и дополнительной литературы были обозначены все пути передачи таких заболеваний как лямблиоз, шистосомоз половых органов, лимфогранулема венерическая.

Исходя из данных, приведенных в докладе, сделан вывод о целесообразности обращения к специалистам за консультацией при появлении первых симптомов, описанных в данном докладе. В обязательном порядке необходимо соблюдать все предписания врача, а так же все меры профилактики, существенно сокращающие уровень инфицированных венерическим заболеванием.

**Литература:**

1. Зайденварг Г.Е., Захарова И.Н., Катаева Л.А. «Лямблиоз у детей: проблема диагностики и выбора терапии <http://wfw.rmj.ru/articles\_5406.htm>» 2009 год.

2. Г.Е. Ройтберг, А.В. Струтынский. «Внутренние болезни. Печень, желчевыводящие пути, поджелудочная железа» 2007 год.

3. Адаскевич В.П. «Инфекции, передаваемые половым путем. - 2004 год

4. .Борисов Л.Б. «Медицинская микробиология, вирусология, иммунология» - М.: МИА, 2005