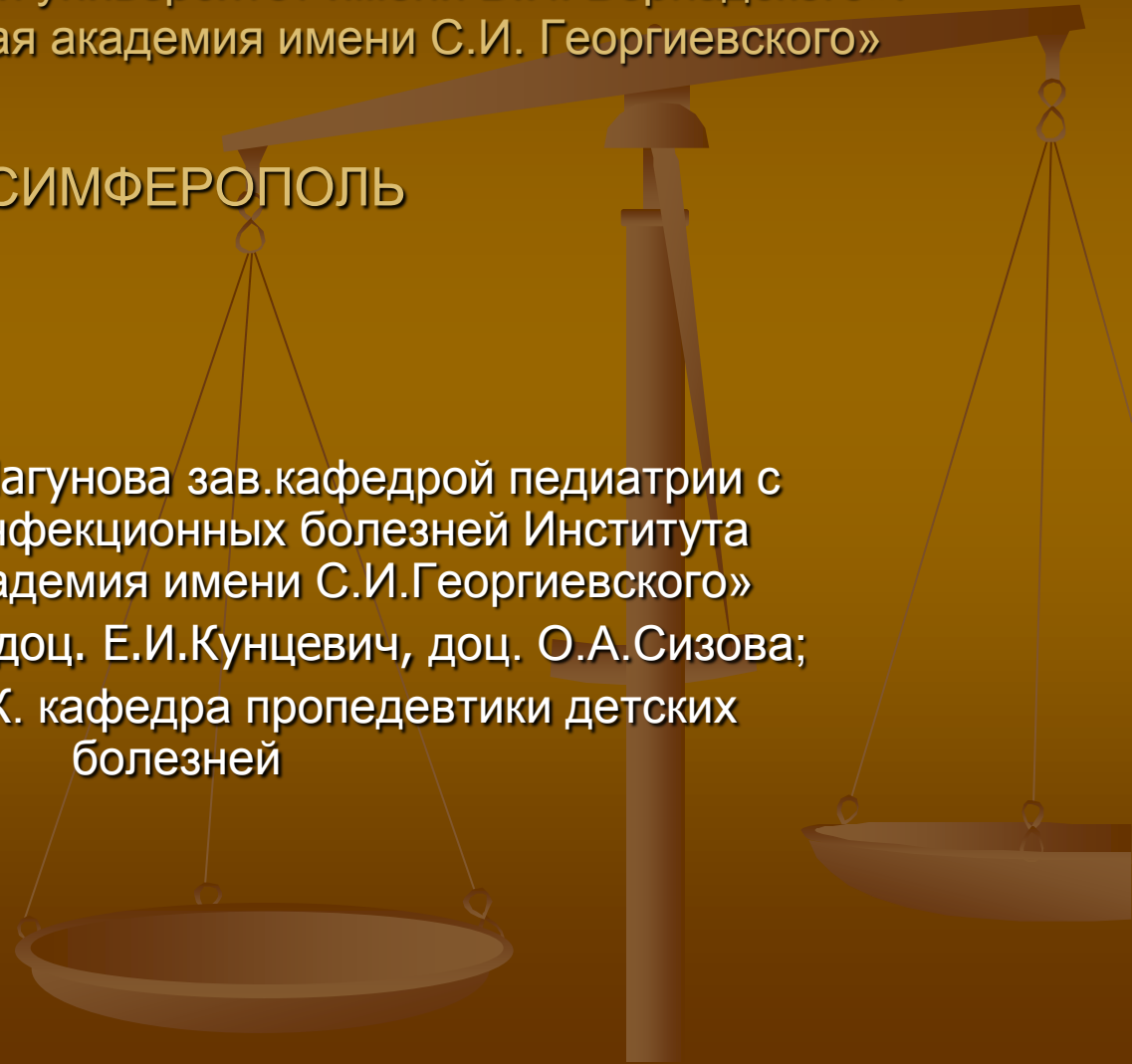


ФГАОУ ВО

«Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского».  
Институт «Медицинская академия имени С.И. Георгиевского»

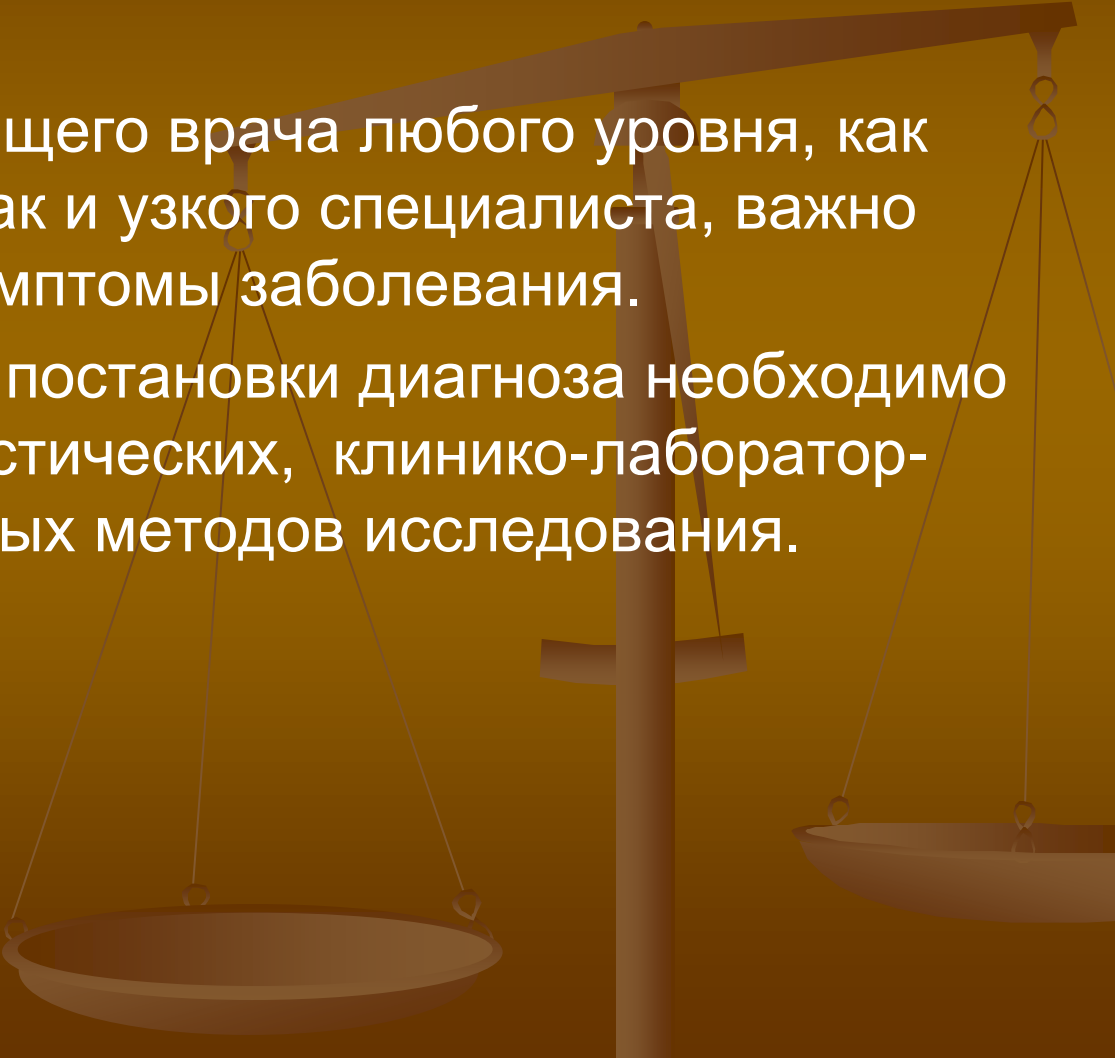
г.СИМФЕРОПОЛЬ

Проф., д.м.н. Н.В.Лагунова зав.кафедрой педиатрии с  
курсом детских инфекционных болезней Института  
«Медицинская академия имени С.И.Георгиевского»  
доц. Т.В. Семенчук, доц. Е.И.Кунцевич, доц. О.А.Сизова;  
асс. Алешина О.К. кафедра пропедевтики детских  
болезней

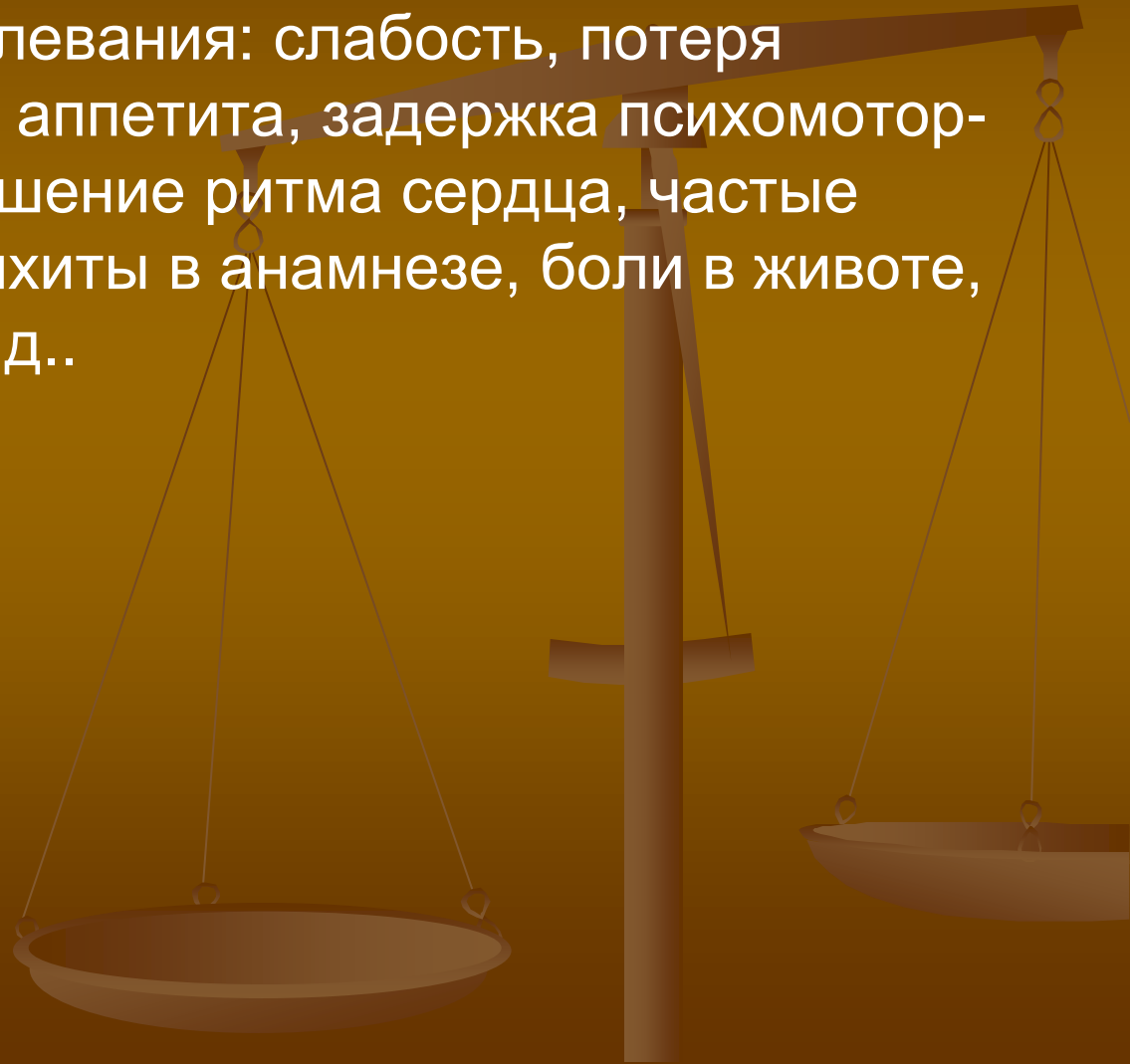


- Маркеры паразитарных заболеваний у детей

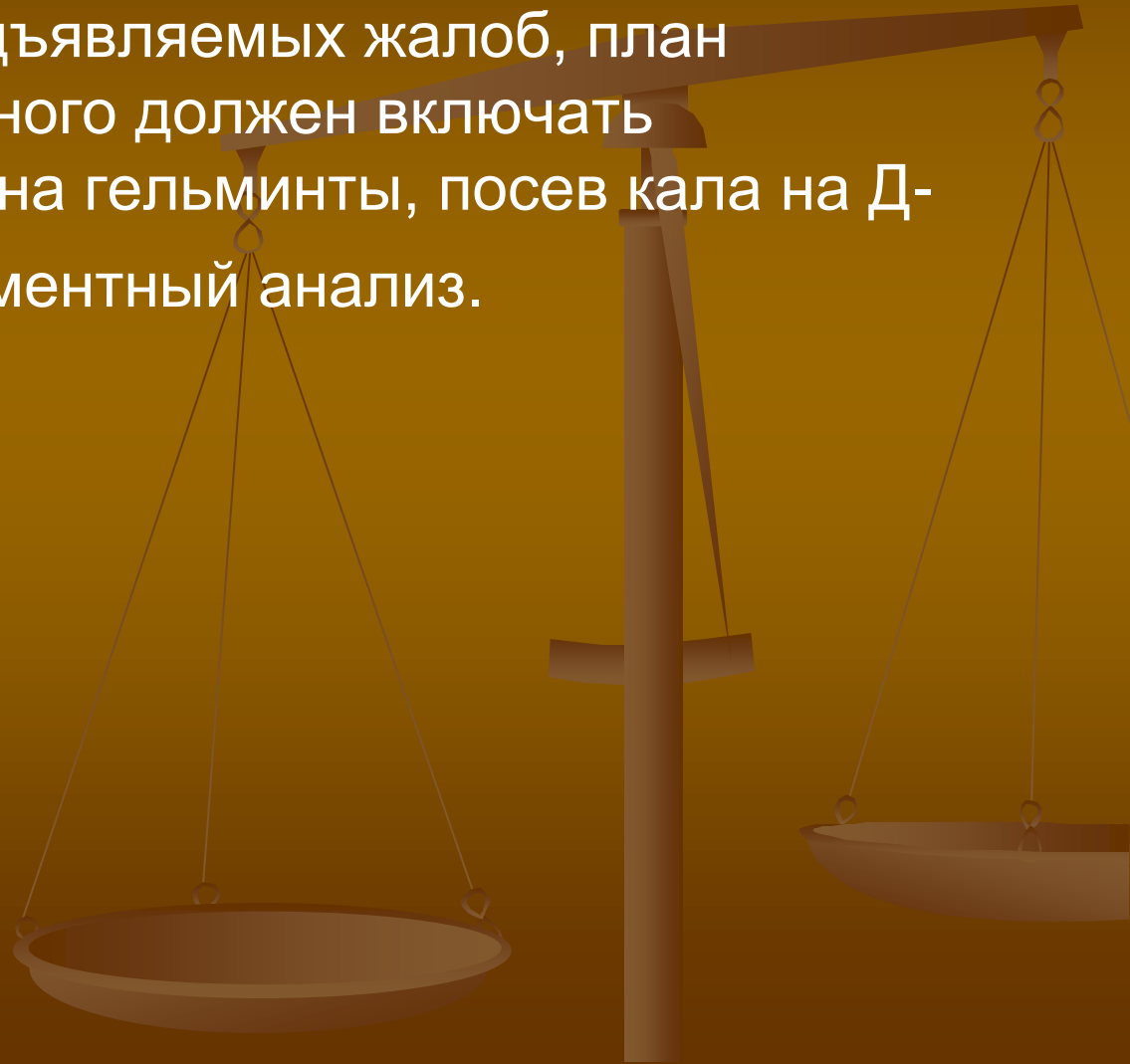


- 
- В работе практикующего врача любого уровня, как первичного звена, так и узкого специалиста, важно выявить главные симптомы заболевания.
  - Для окончательной постановки диагноза необходимо проведение анамнестических, клинико-лабораторных и дополнительных методов исследования.

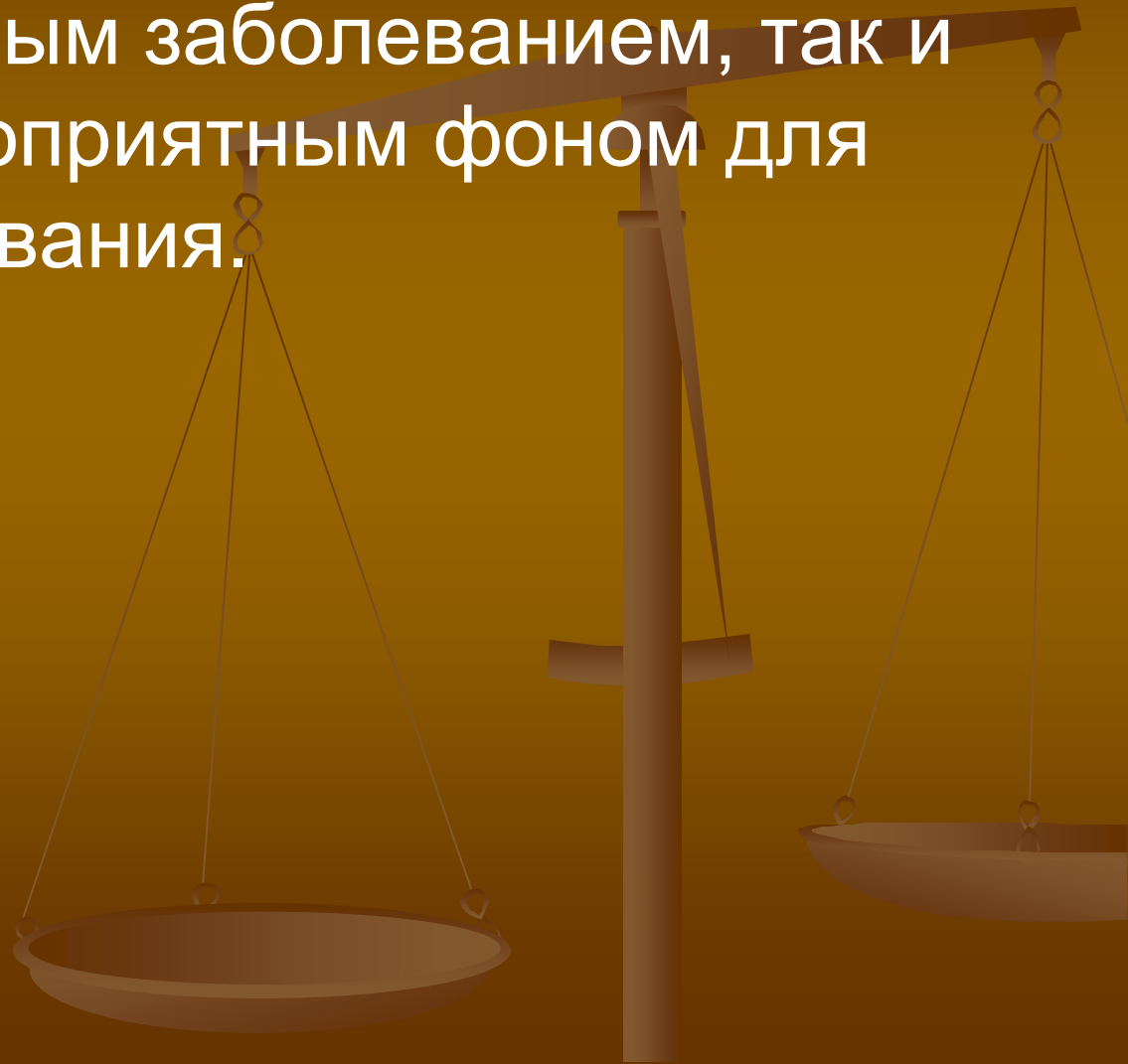
- Часто предъявляемые жалобы ребенком при осмотре педиатра не являются специфичными для того или иного заболевания: слабость, потеря сознания, снижение аппетита, задержка психомоторного развития, нарушение ритма сердца, частые обструктивные бронхиты в анамнезе, боли в животе, запоры, диарея и т.д..



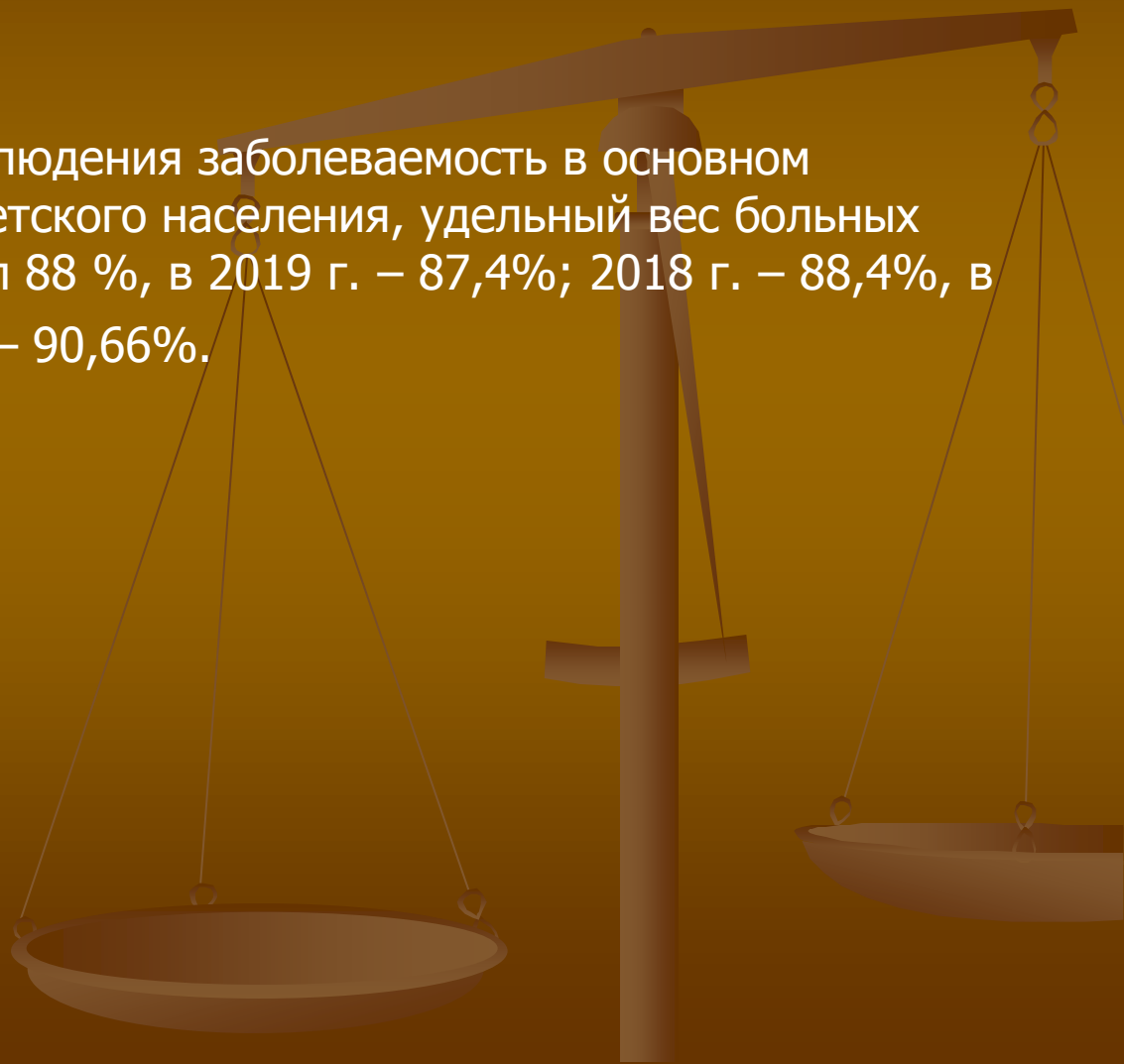
- Независимо от предъявляемых жалоб, план обследования больного должен включать исследование кала на гельминты, посев кала на Д-группу, иммуноферментный анализ.



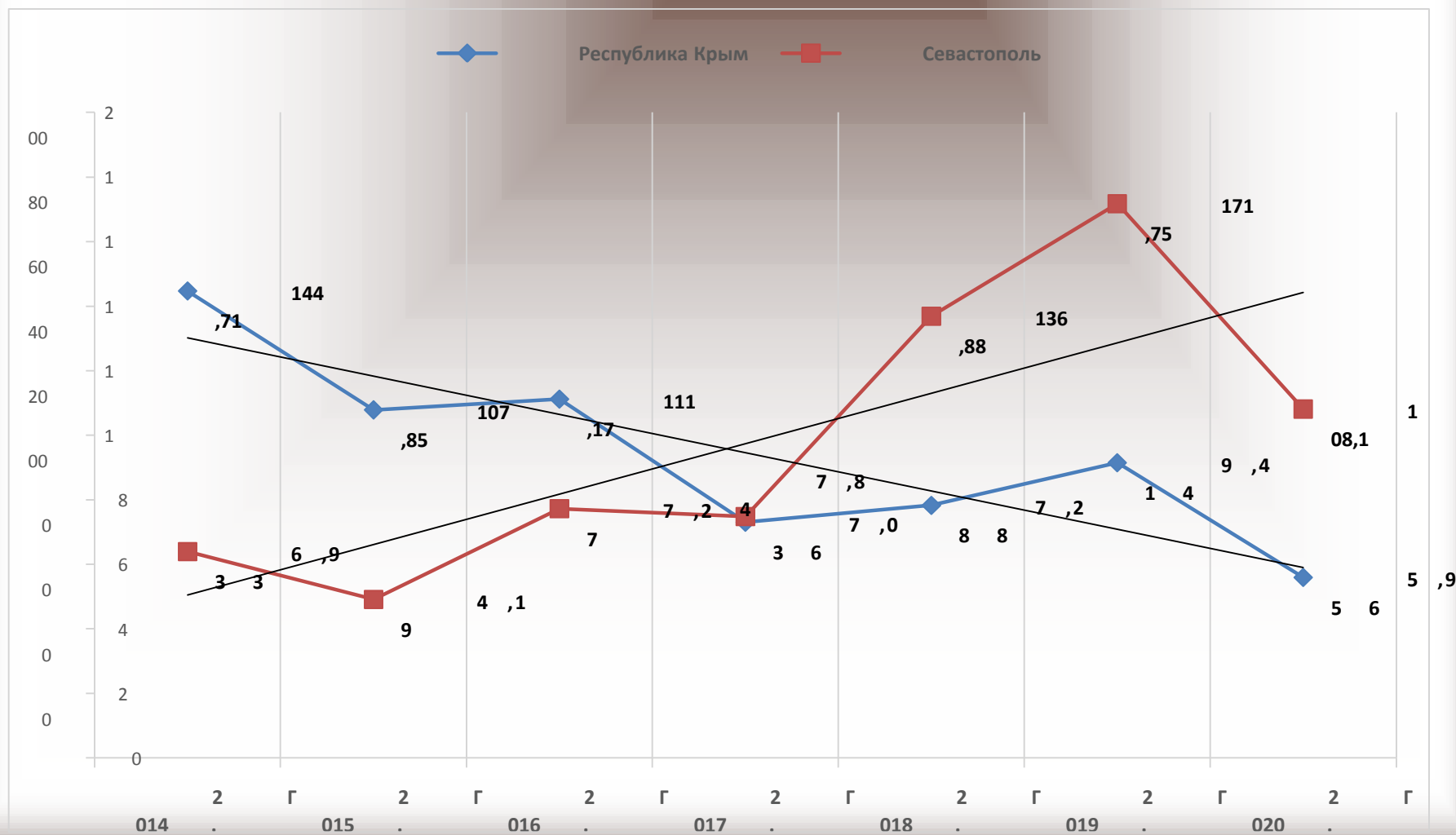
- Глистная инвазия может быть как самостоятельным заболеванием, так и крайне неблагоприятным фоном для любого заболевания.



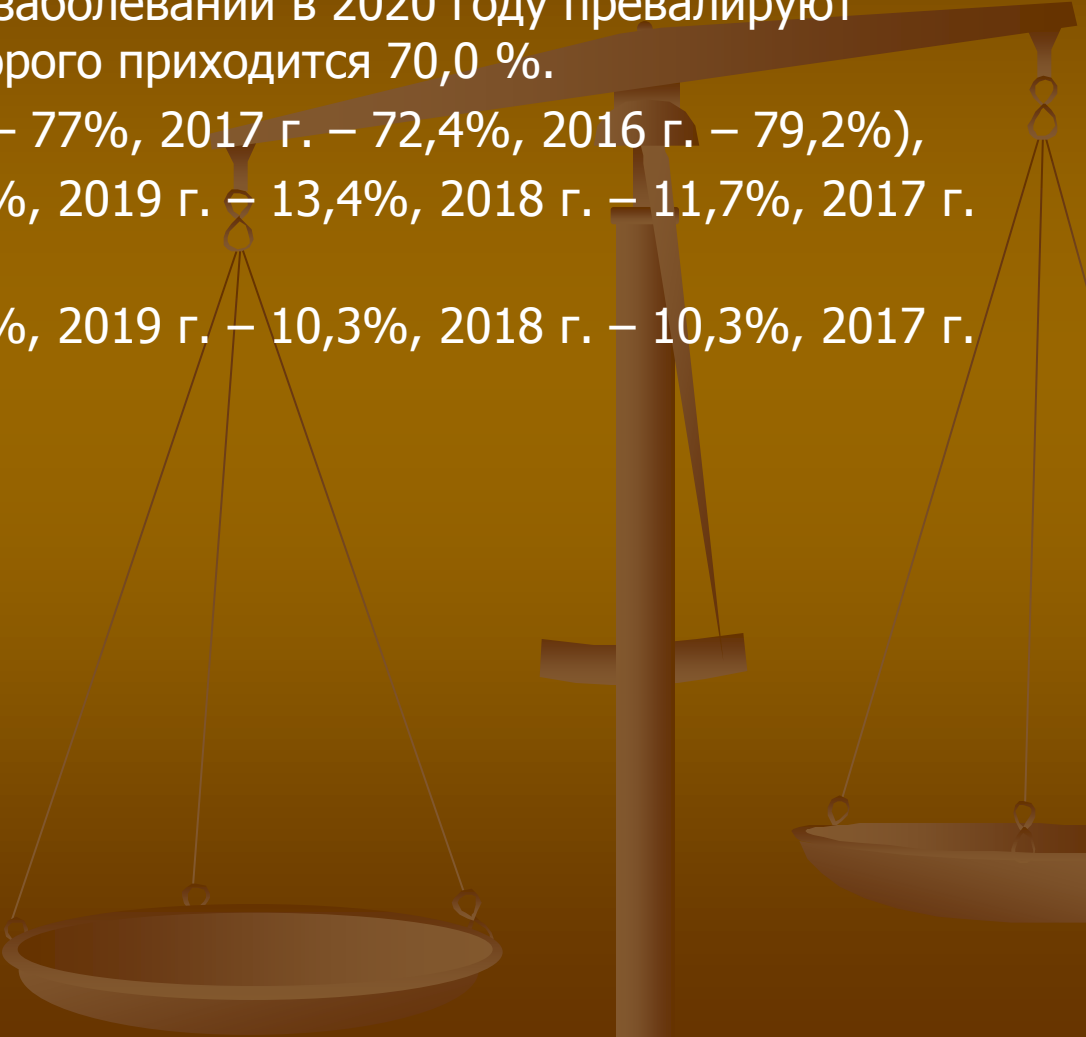
- В Республике Крым в 2020 году зарегистрировано 1070 случаев паразитарных заболеваний.
- За пятилетний период наблюдения заболеваемость в основном регистрировалась среди детского населения, удельный вес больных детей в 2020 году составил 88 %, в 2019 г. – 87,4%; 2018 г. – 88,4%, в 2017 г. – 90,7%, в 2016 г. – 90,66%.



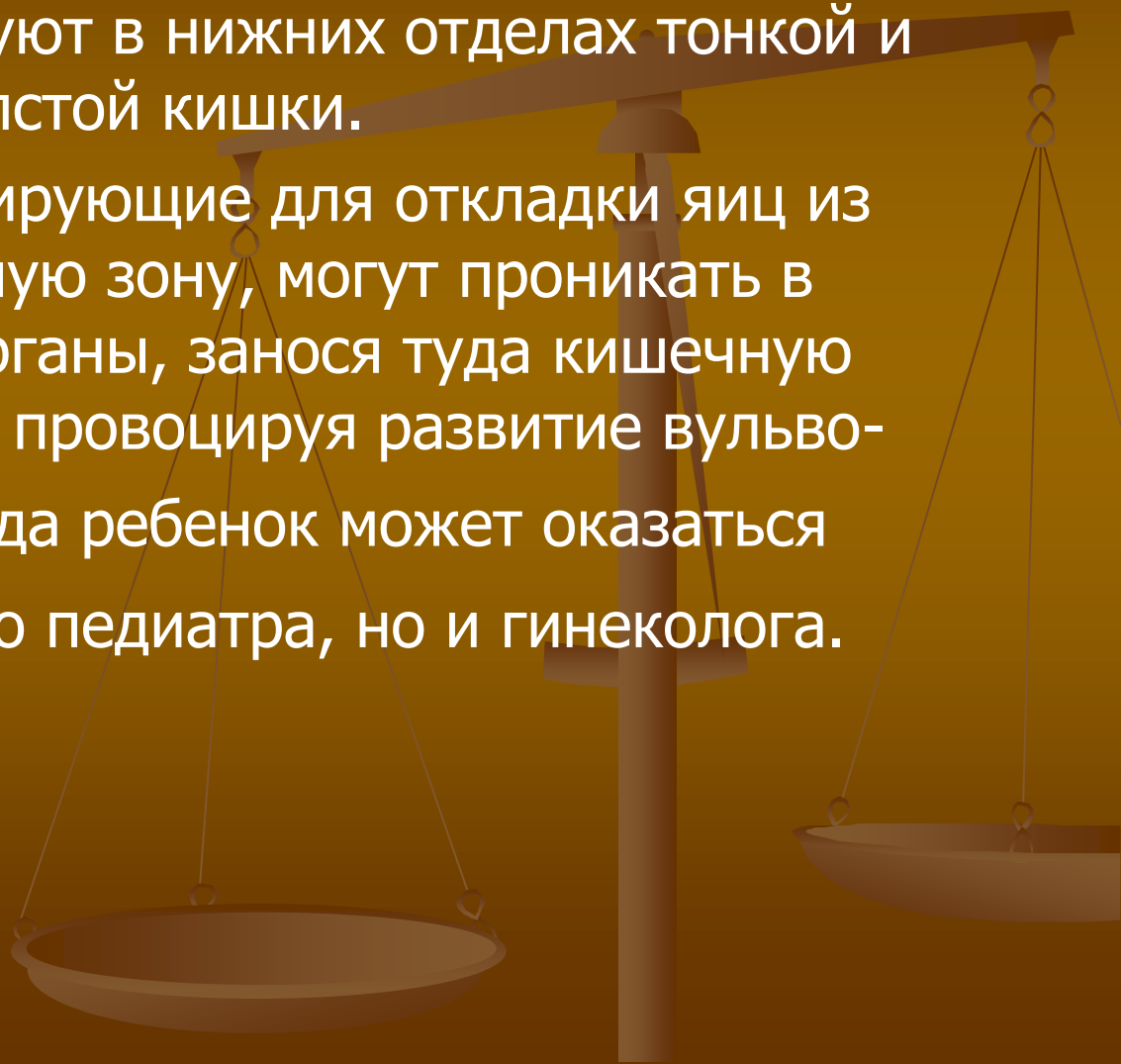
# Десятилетняя динамика заболеваемости паразитарными болезнями в Республике Крым и г. Севастополю (в показателях на 100 тыс. населения).

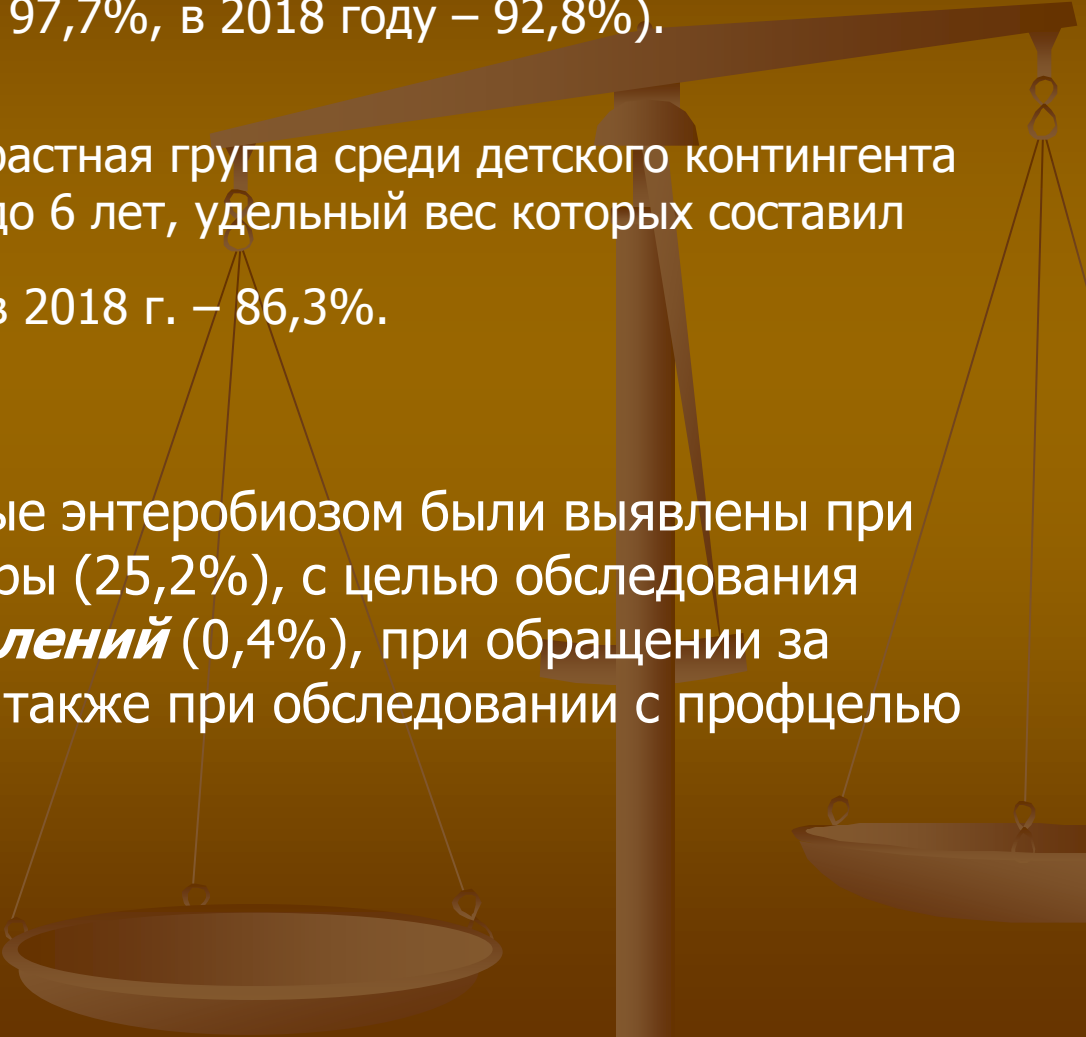




- 
- В структуре паразитарных заболеваний в 2020 году преобладают **энтеробиоз**, на долю которого приходится 70,0 %.  
В 2019 г. – 74,4%, 2018 г. – 77%, 2017 г. – 72,4%, 2016 г. – 79,2%),
  - **лямблиоз** – в 2020 г 14,8%, 2019 г. – 13,4%, 2018 г. – 11,7%, 2017 г. – 17,1%, 2016 г. – 14%.
  - **аскаридоз** – в 2020г 14,4%, 2019 г. – 10,3%, 2018 г. – 10,3%, 2017 г. – 8,4%, 2016 г. – 6,1%.

- **Энтеробиоз** - антропонозный пероральный контагиозный гельминтоз, характеризующийся перианальным зудом и кишечными расстройствами.
- Острицы паразитируют в нижних отделах тонкой и верхних отделах толстой кишки.
- Самки остриц, мигрирующие для откладки яиц из кишки в перианальную зону, могут проникать в женские половые органы, занося туда кишечную микробную флору и провоцируя развитие вульвовагинитов и др. Тогда ребенок может оказаться пациентом не только педиатра, но и гинеколога.



- 
- Основную долю среди заболевших энтеробиозом составляли дети до 17 лет – 91,3% (в 2019 году – 97,7%, в 2018 году – 92,8%).
  - Наиболее поражаемая возрастная группа среди детского контингента до 6-и лет – это дети от 3 до 6 лет, удельный вес которых составил 85,5%, в 2019 г. – 89,3%, в 2018 г. – 86,3%.
  - Установлено, что больные энтеробиозом были выявлены при поступлении в стационары (25,2%), с целью обследования **аллергических проявлений** (0,4%), при обращении за медпомощью (30,9%), а также при обследовании с профцелью (43,5%).

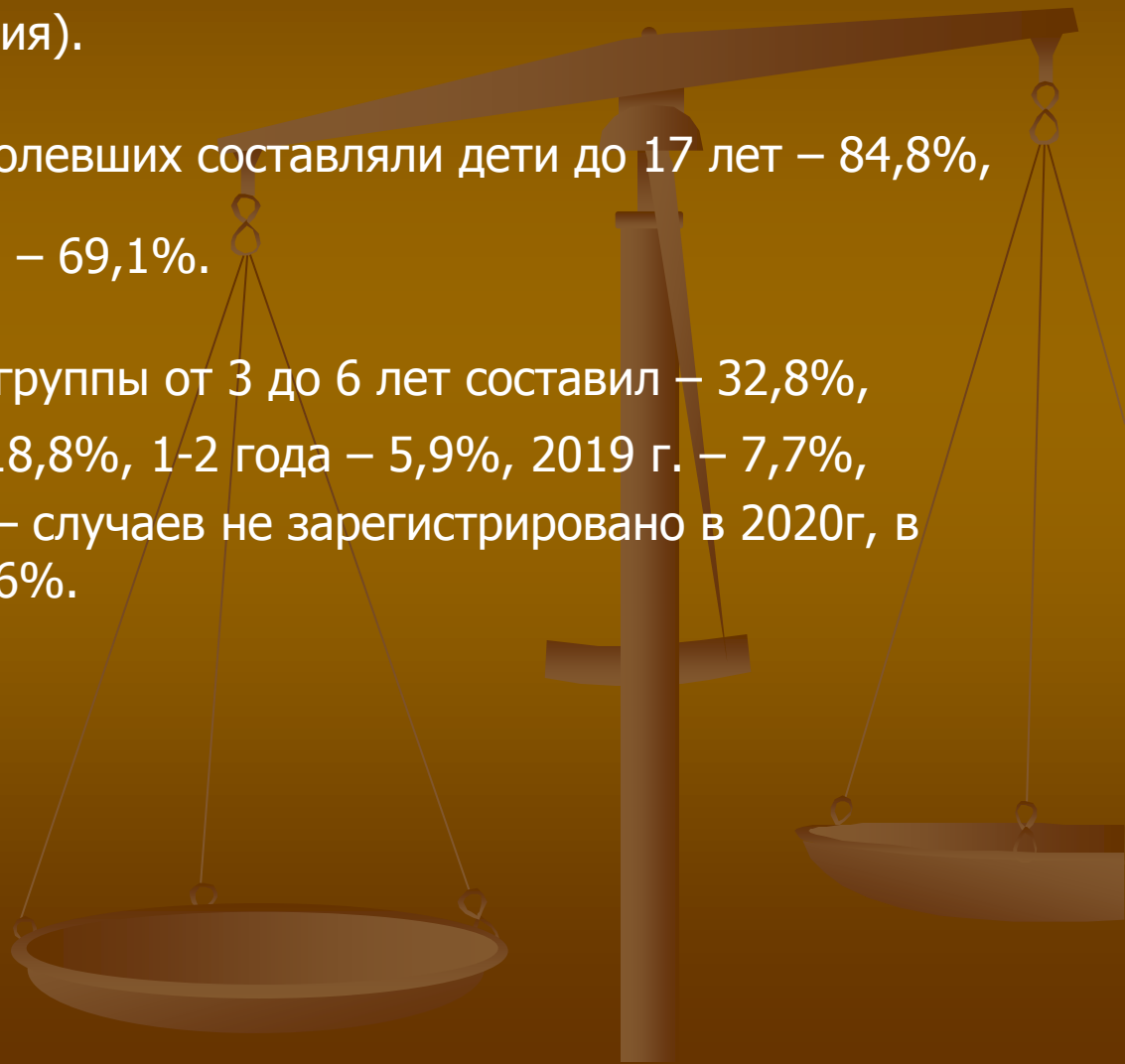
- Лямблиоз - заболевание провоцируют лямблии. Их интенсивное размножение происходит в области толстой или тонкой кишки. Заражение человека происходит после контакта с носителем инфекции. Носителями могут быть и домашние животные.
- Выделяют пути заражения: водный, контактно-бытовой, пищевой.



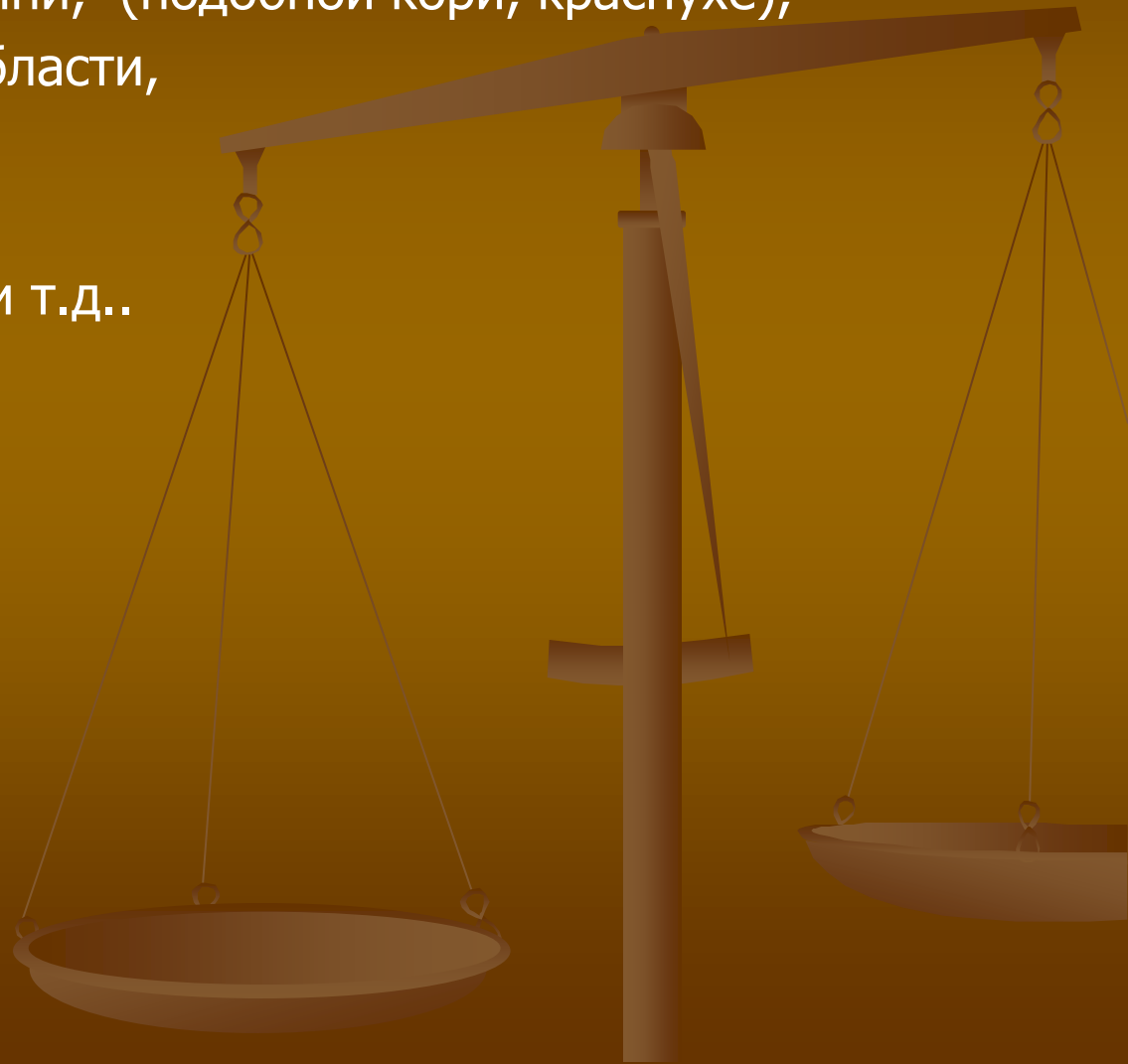
- В 2020 году отмечается снижение заболеваемости лямблиозом на 32,7 % в сравнении с 2019 г.: зарегистрировано 158 случаев лямблиоза (8,26 на 100 тыс. населения) против 235 случаев лямблиоза (12,28 на 100 тыс. населения).

Основную долю среди заболевших составляли дети до 17 лет – 84,8%, в 2019 г.– 75,4%, в 2018 г. – 69,1%.

Удельный вес возрастной группы от 3 до 6 лет составил – 32,8%, 2019 г. – 23,4%, 2018 г. – 18,8%, 1-2 года – 5,9%, 2019 г. – 7,7%, 2018 г. – 10,3%, до 1 года – случаев не зарегистрировано в 2020г, в 2019 г – 0,4%, 2018 г. – 0,6%.



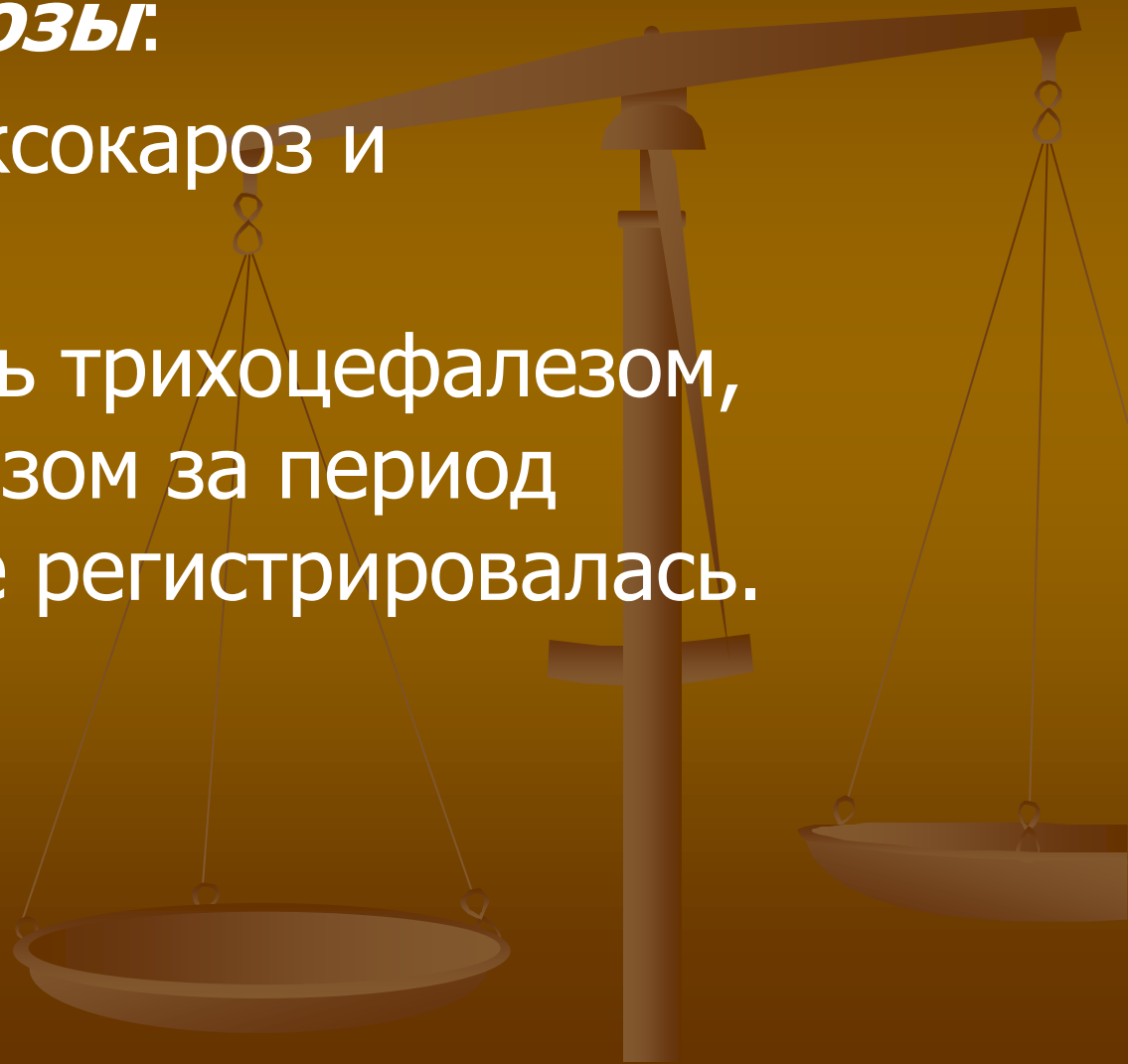
- Ведущими симптомами лямблиоза являются:
  - лихорадка, появление сыпи, (подобной кори, краснухе),
  - боли в эпигастральной области,
  - диспепсия, запоры,
  - дисбактериоз,
  - синдром мальабсорбции и т.д..



- Больные *лямблиозом* были выявлены при поступлении в стационары (47,9%), с целью обследования **аллергических проявлений (5,3%)**, при обращении за медицинской помощью (25,4%), а также при обследовании с профцелью (21,4%).



- В Крыму регистрируются ***геогельминтозы***.
- аскаридоз, токсокароз и стронгилоидоз.
- Заболеваемость трихоцефалезом, анкилостомидозом за период наблюдения не регистрировалась.

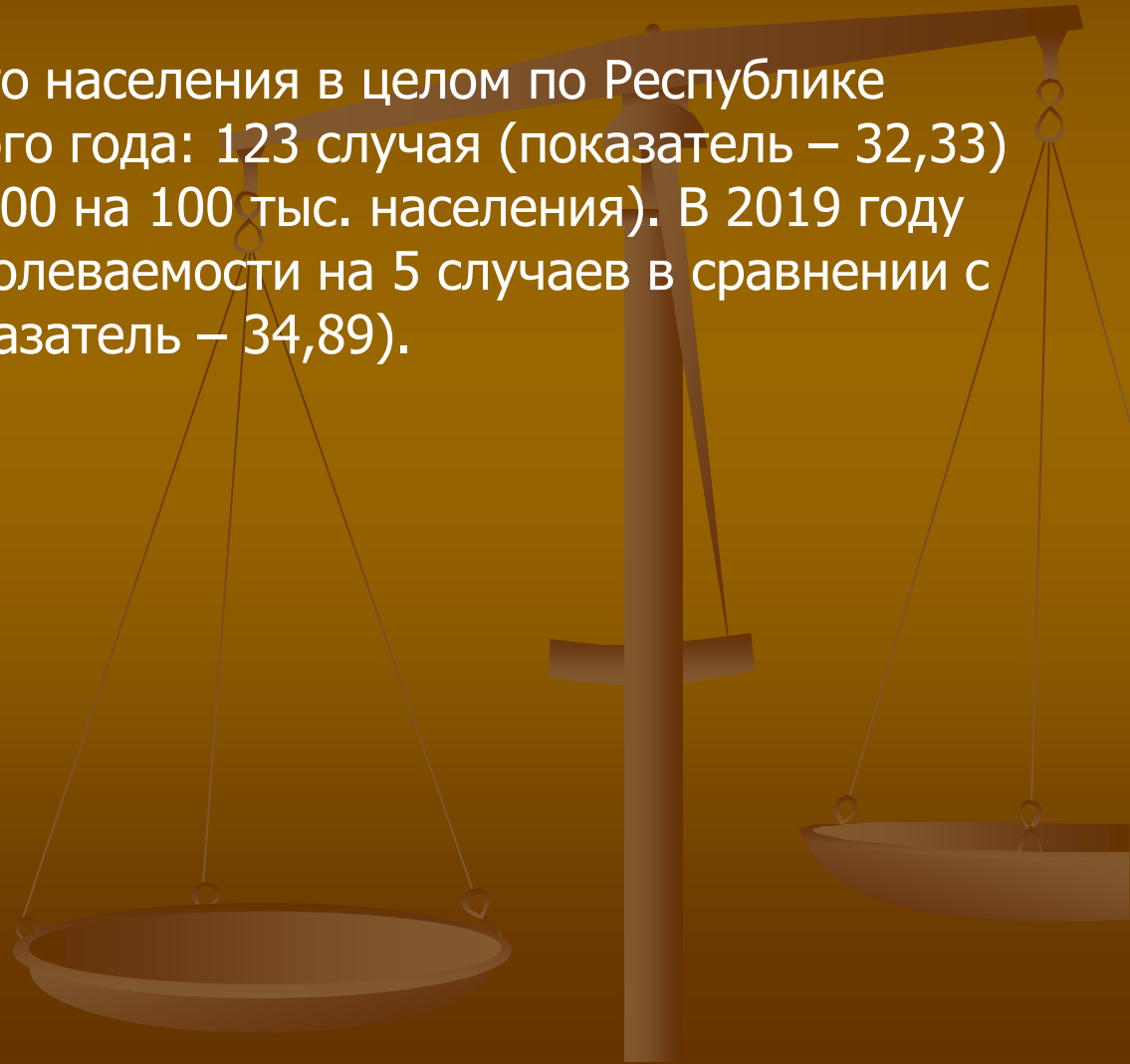




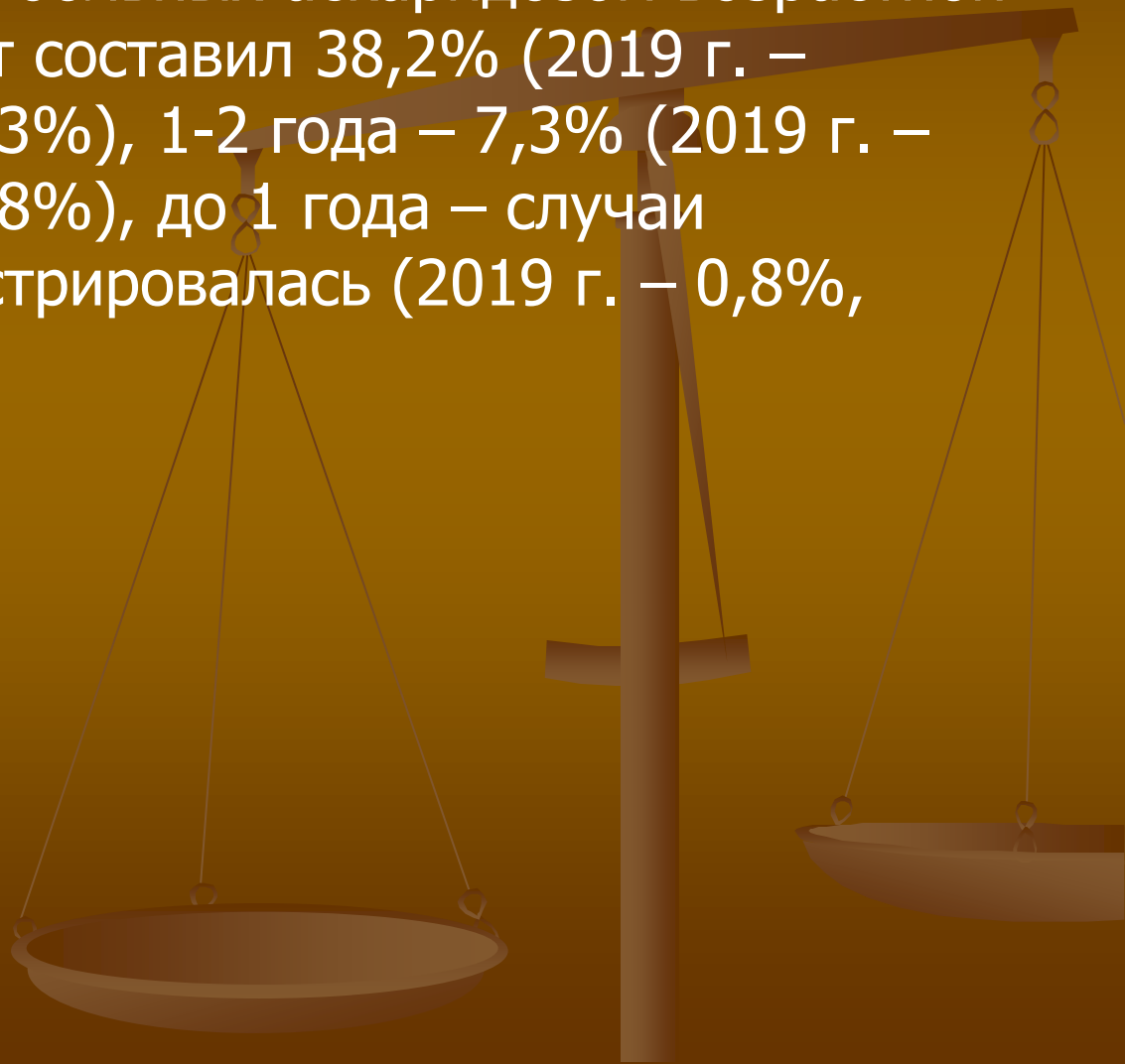
## ■ Аскаридоз

Ежегодно в Республике Крым регистрируется от 100 до 185 случаев аскаридоза. В 2020 году наблюдается снижение заболеваемости аскаридозом на 14,8% по сравнению с 2019 годом: 154 случая (8,06 на 100 тыс. населения) против (181 сл., показатель – 9,46), в прошлом году заболеваемость на 17,4% превышала уровень 2018 года (154 сл., показатель – 8,05). Среди заболевших преобладали дети до 17 лет, удельный вес которых составил 80% (в 2019 г.– 68,5%, в 2018 г.– 83,8%, в 2017 г. – 85,8%).

- Заболеваемость детского населения в целом по Республике Крым на уровне прошлого года: 123 случая (показатель – 32,33) против 124 случаев (33,00 на 100 тыс. населения). В 2019 году отмечено снижение заболеваемости на 5 случаев в сравнении с 2018 годом (129 сл. показатель – 34,89).



- Удельный вес детей больных аскаридозом возрастной группы от 3 до 6 лет составил 38,2% (2019 г. – 38,7%, 2018 г. – 33,3%), 1-2 года – 7,3% (2019 г. – 20,2%, 2018 г. – 24,8%), до 1 года – случаи аскаридоза не регистрировалась (2019 г. – 0,8%, 2018 г. – 1,6%).

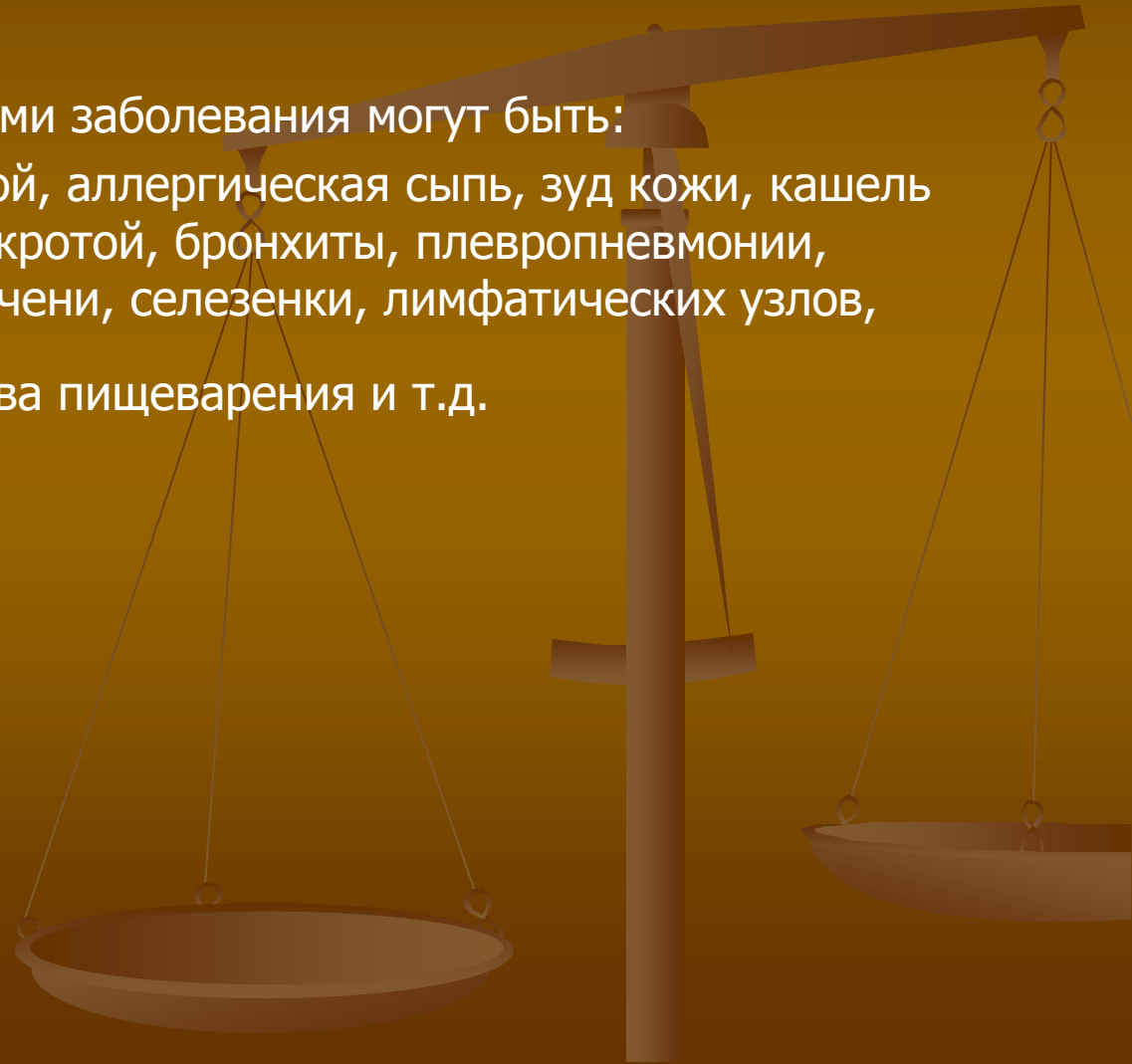


- Заболевание вызывается паразитическими круглыми червями *Ascaris lumbricoides*.

Аскариды способны паразитировать в различных органах ребенка, но основная их среда обитания – тонкий кишечник. Единственным биологическим хозяином гельминта является человек, а созревание яиц происходит в почве.

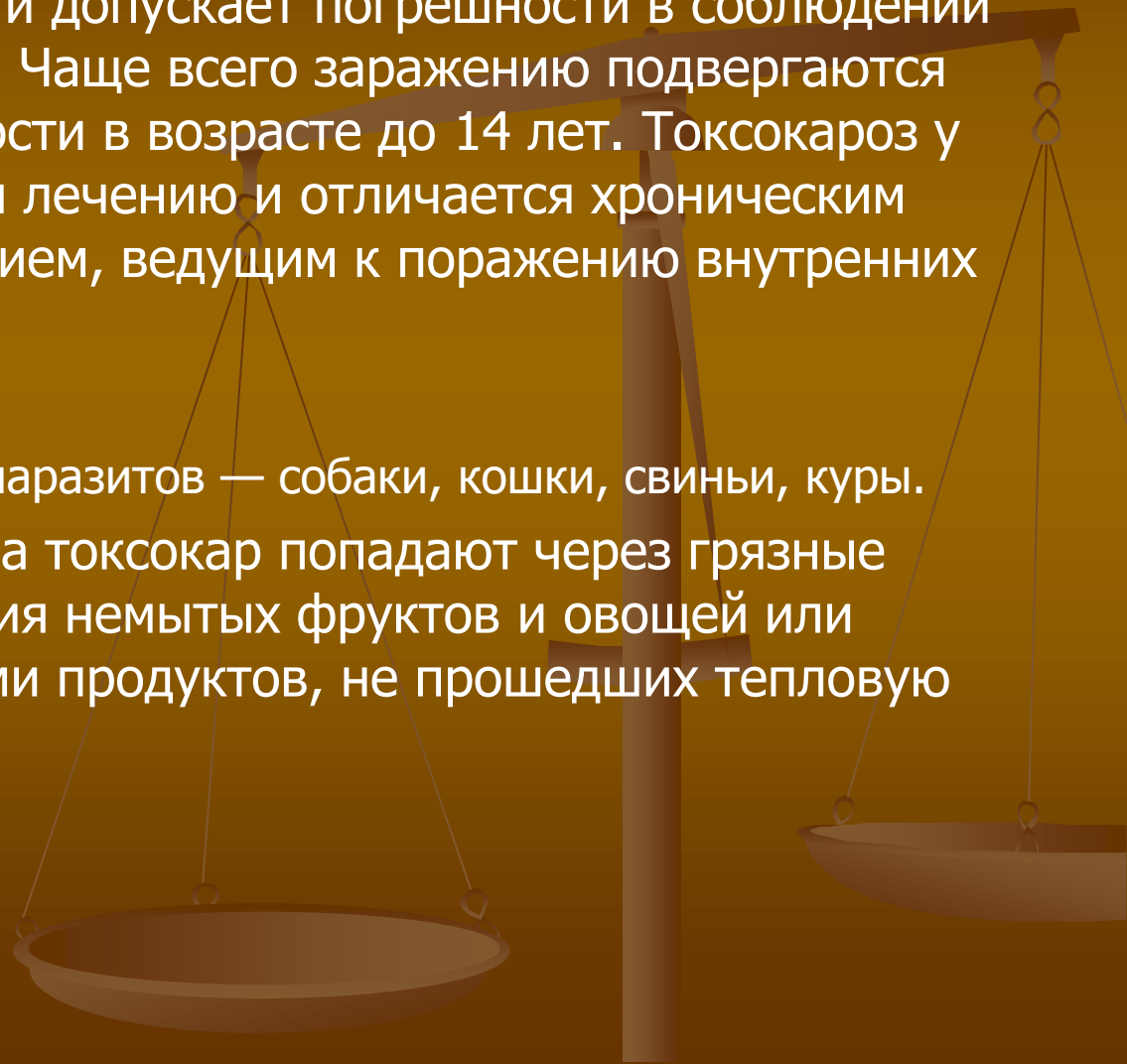


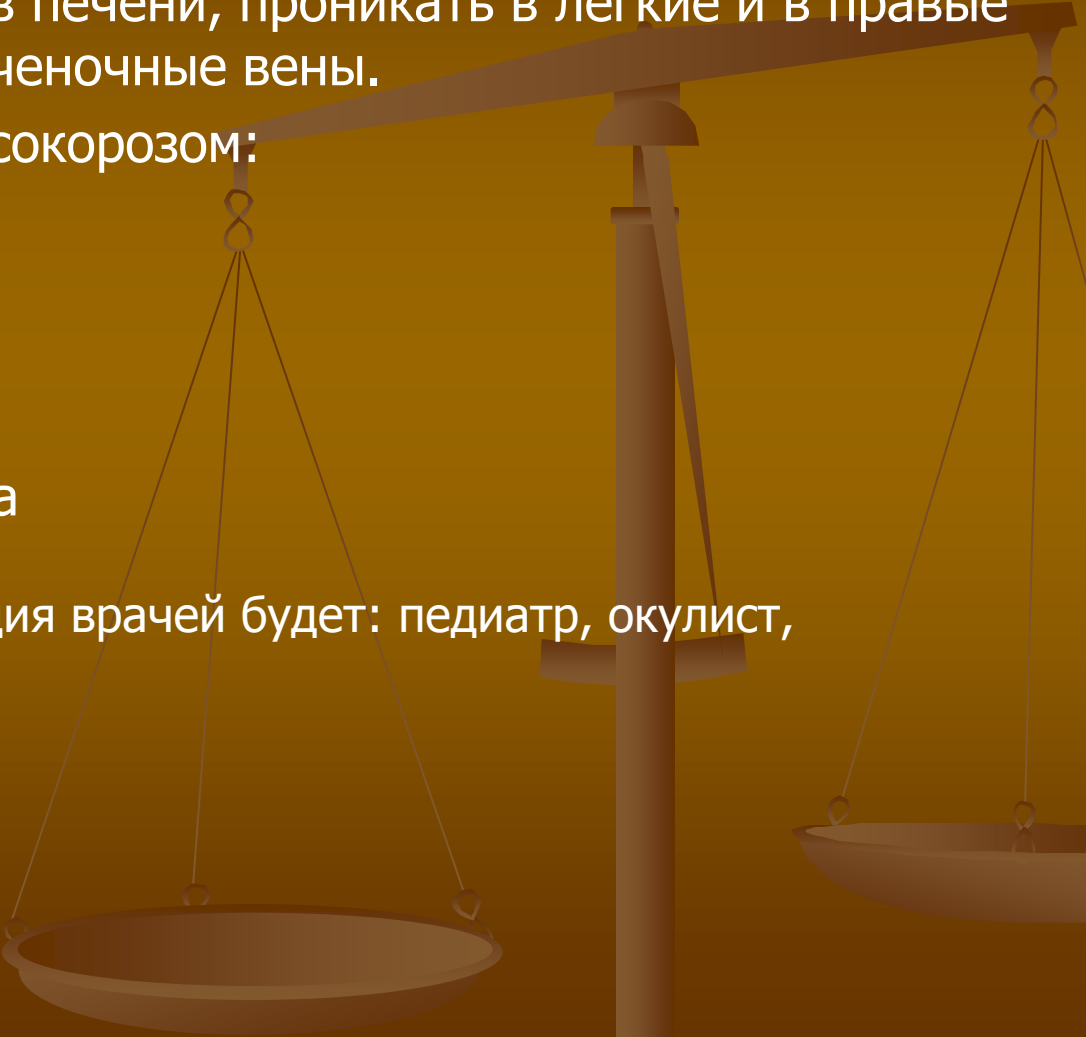
- Выраженные проявления интоксикации и аллергии могут отмечаться у ребенка уже в первые недели после заражения аскаридозом, в раннюю миграционную стадию.
- Клиническими проявлениями заболевания могут быть: лихорадка, боль за грудиной, аллергическая сыпь, зуд кожи, кашель сухой или со слизистой мокротой, бронхиты, плевропневмонии, отмечается увеличение печени, селезенки, лимфатических узлов, слюнотечение, расстройства пищеварения и т.д.



**Токсокароз** у детей диагностируется чаще, чем у взрослых. Ребенок контактирует с почвой, песком во время игр, общается с уличными животными и допускает погрешности в соблюдении правил личной гигиены. Чаще всего заражению подвергаются жители сельской местности в возрасте до 14 лет. Токсокароз у детей тяжело поддается лечению и отличается хроническим рецидивирующим течением, ведущим к поражению внутренних органов.

Основные переносчики паразитов — собаки, кошки, свиньи, куры. В организм ребенка яйца токсокар попадают через грязные руки, после употребления немытых фруктов и овощей или обсемененных личинками продуктов, не прошедших тепловую обработку.



- 
- В тонком кишечнике из яиц образуются личинки, которые попадают в кровоток и начинают с большим и малым кругом кровообращения распространяться по всем организму. Личинки токсокар могут оседать в печени, проникать в легкие и в правые отделы сердца через печеночные вены.
  - Формы заболевания токсокорозом:
    - висцеральная форма
    - кожная форма
    - глазная форма
    - неврологическая форма

Соответственно и консультация врачей будет: педиатр, окулист, невролог, дерматолог.

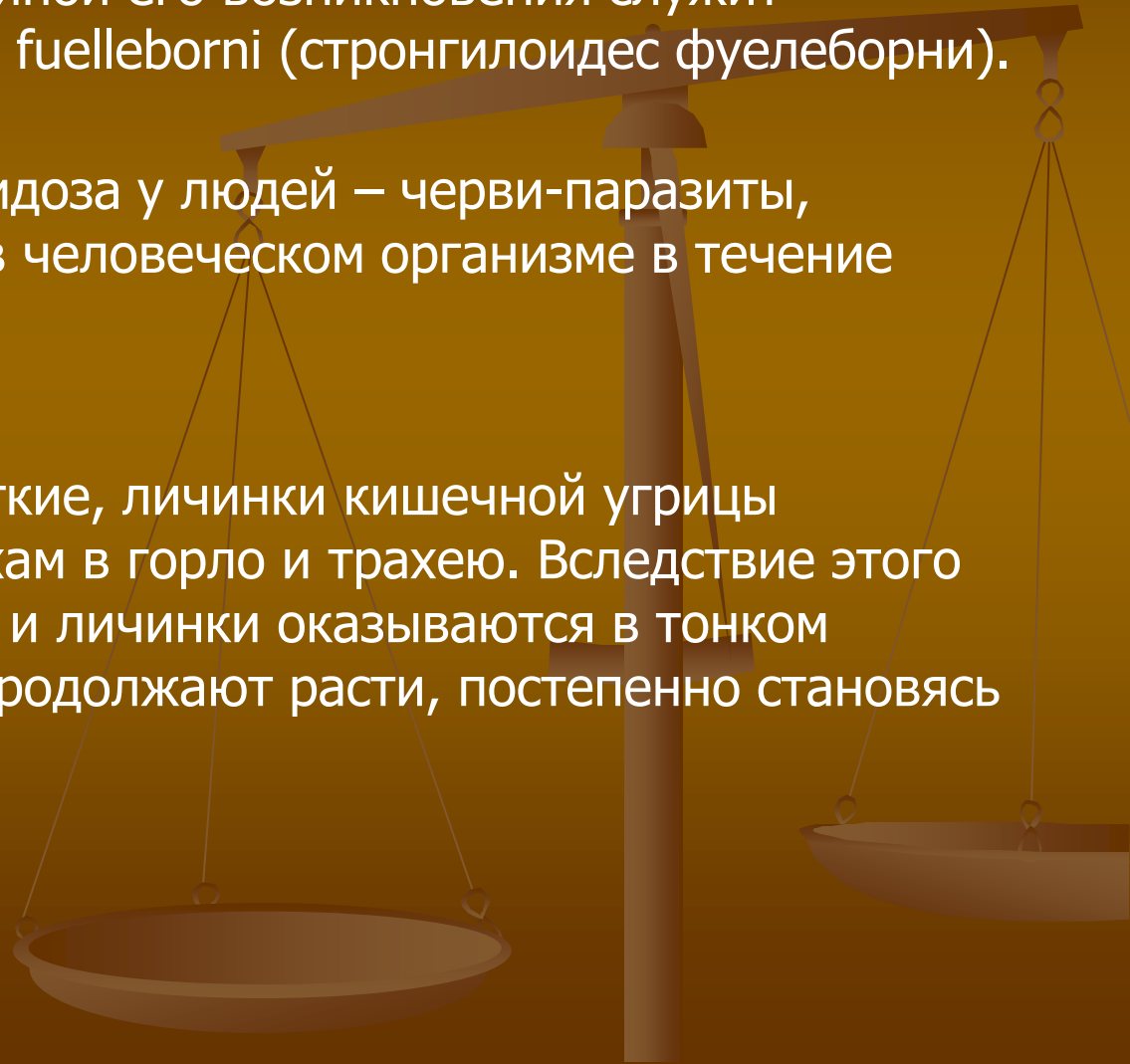
- Ежегодно выявляются единичные случаи этого заболевания. В 2020г зарегистрировано 5 случаев токсокароза.
- В 2019г в основном болели дети (удельный вес – 75%).
- В 2017-2018 г.г. случаи токсокароза зарегистрированы только среди детей. Установлено, что все заболевшие контактировали с домашними собаками.





# Стронгилоидоз

- Основной возбудитель заболевания – паразит *Strongyloides stercoralis* (кишечная угрица, стронгилоидес, стеркоралис). Значительно реже причиной его возникновения служит заражение *Strongyloides fuelleborni* (стронгилоидес фуелеборни).
- Возбудители стронгилоидоза у людей – черви-паразиты, которые могут выжить в человеческом организме в течение длительного срока.
- Попав через кровь в легкие, личинки кишечной угрицы перемещаются по бронхам в горло и трахею. Вследствие этого человек заглатывает их и личинки оказываются в тонком кишечнике. Здесь они продолжают расти, постепенно становясь взрослыми самками.



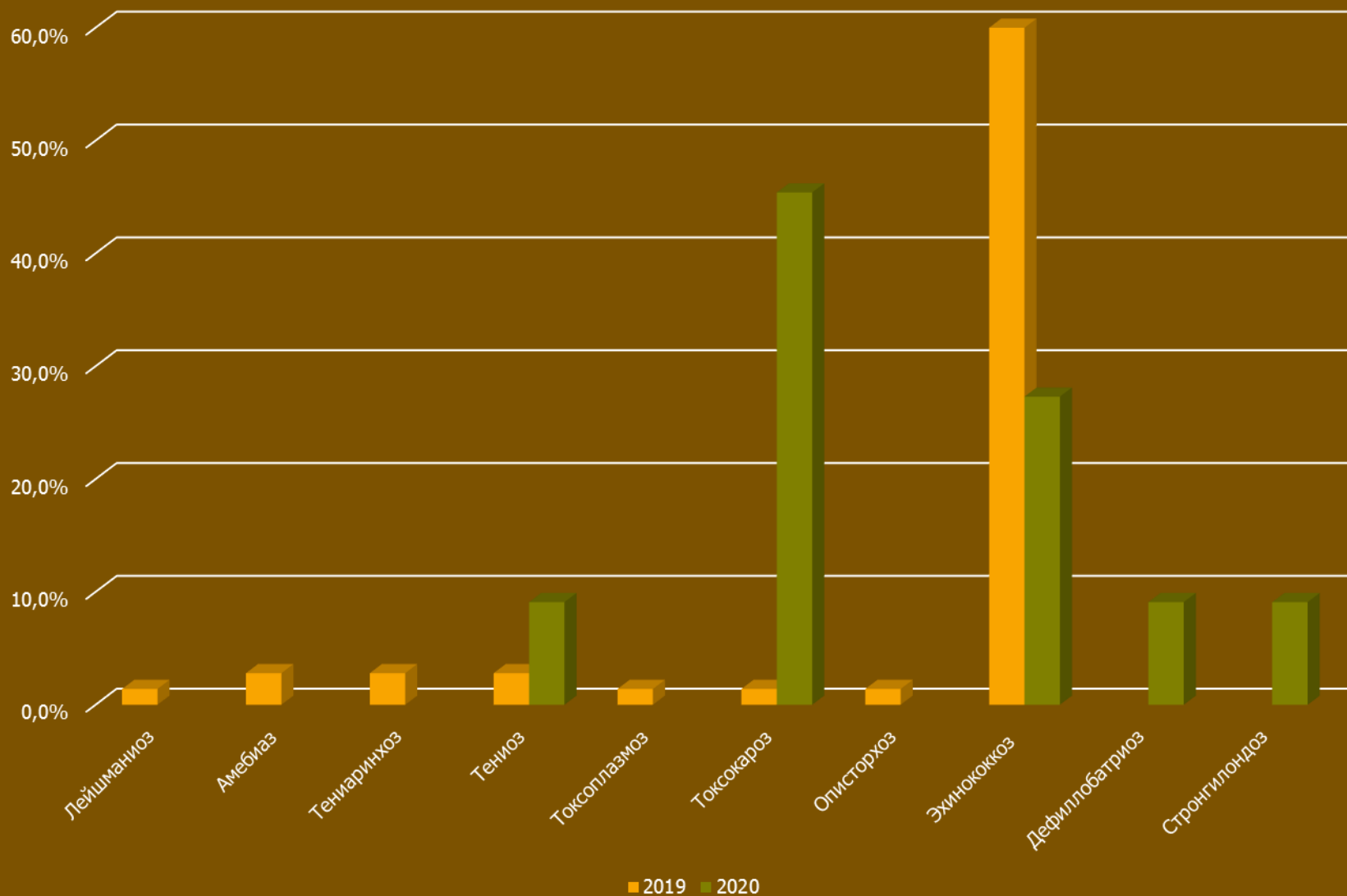
- Личинки этого паразита, перемещаясь из полости кишечника внутрь кровеносных сосудов, могут стать переносчиками кишечных бактерий, что часто является причиной сепсиса у ребенка.
- В 2020 году в Республике Крым зарегистрирован 1 случай стронгилоидоза (показатель – 0,05) у ребенка.
- В 2017-2019 г.г. заболеваемость данной инфекцией не регистрировалась.



- В Республике Крым в период 2017-2020 годах регистрировались единичные случаи заболевания тениозом, тениаринхозом, дифиллоботриозом, гименолепидозом, дирофиляриозом, лейшманиозом и описторхозом.
- Заболеваемость эхинококкозом в Республике Крым является спорадической, случаи регистрируются ежегодно.

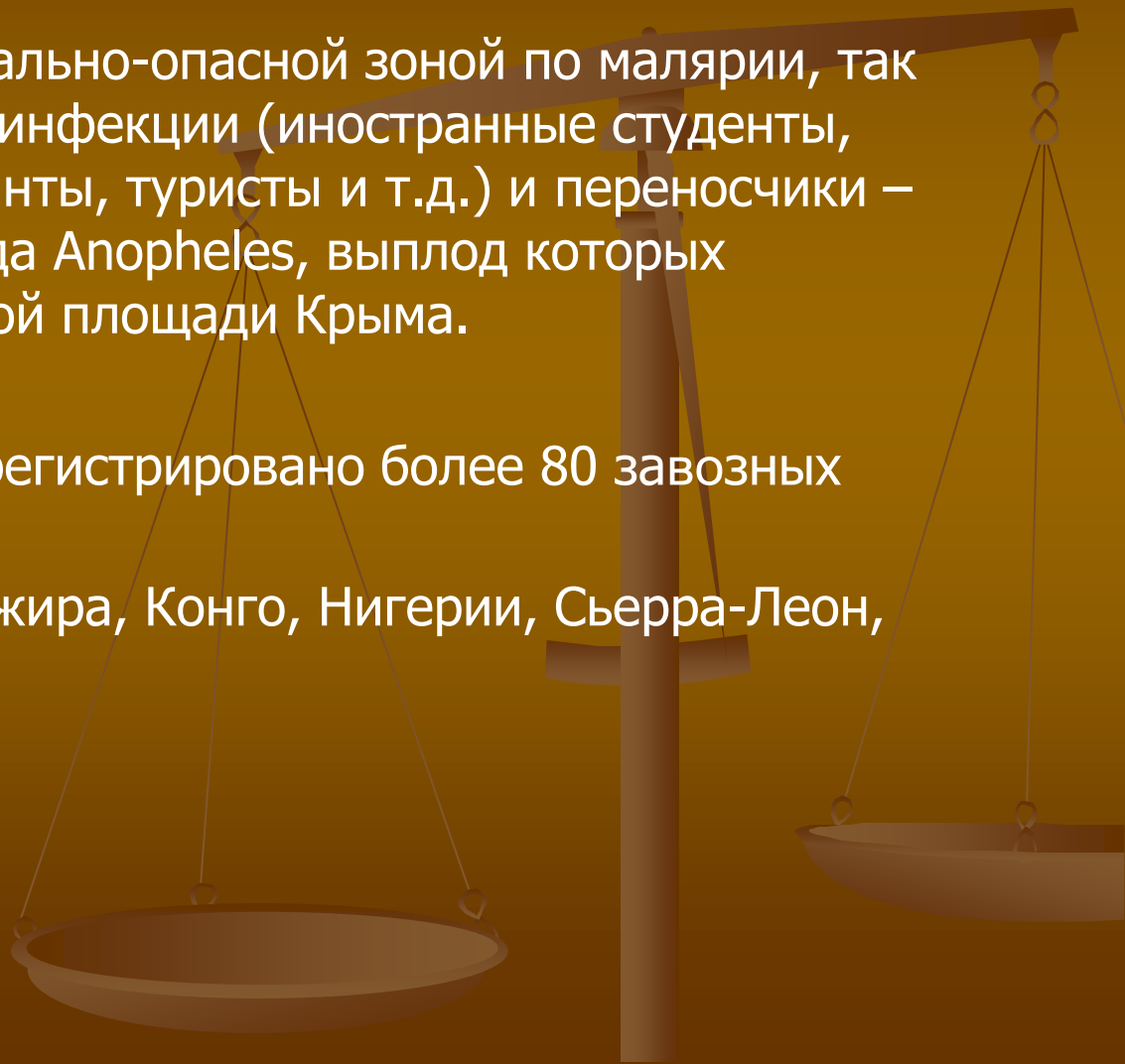


# Структура паразитарных заболеваний по РК (без энтеробиоза, аскаридоза, лямблиоза) за 2019-2020 г.



## *Малярия*

- Крым является потенциально-опасной зоной по малярии, так как имеются источники инфекции (иностранные студенты, моряки, трудовые мигранты, туристы и т.д.) и переносчики – малярийные комары рода *Anopheles*, выплод которых происходит на 1/5 водной площади Крыма.
- За последние 19 лет зарегистрировано более 80 завозных случаев малярии.  
Заболевшие были из Алжира, Конго, Нигерии, Сьерра-Леон, Экваториальная Гвинея.



- *Клинический случай истории болезни ребенка.*



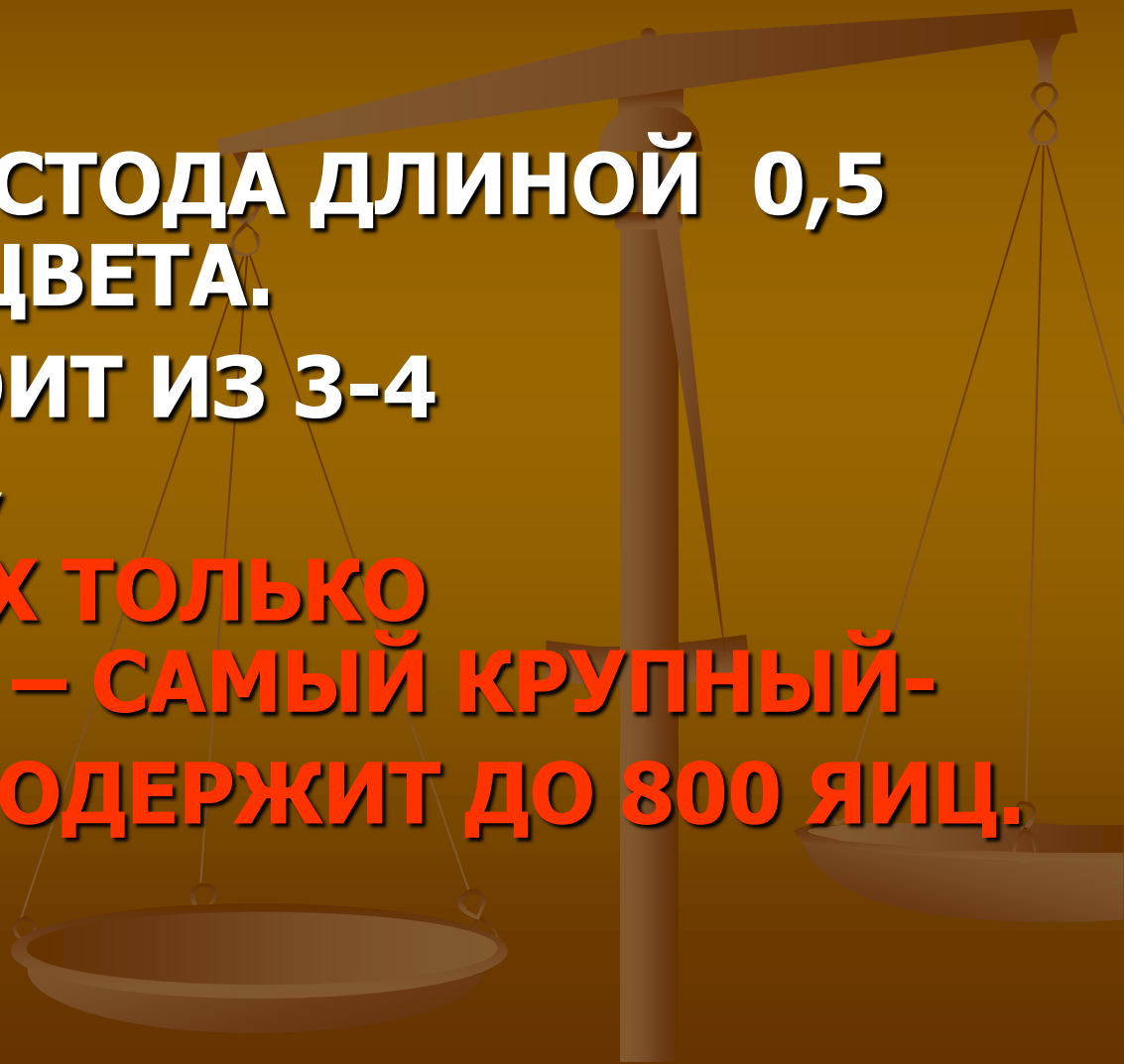
# ЭХИНОКОКК

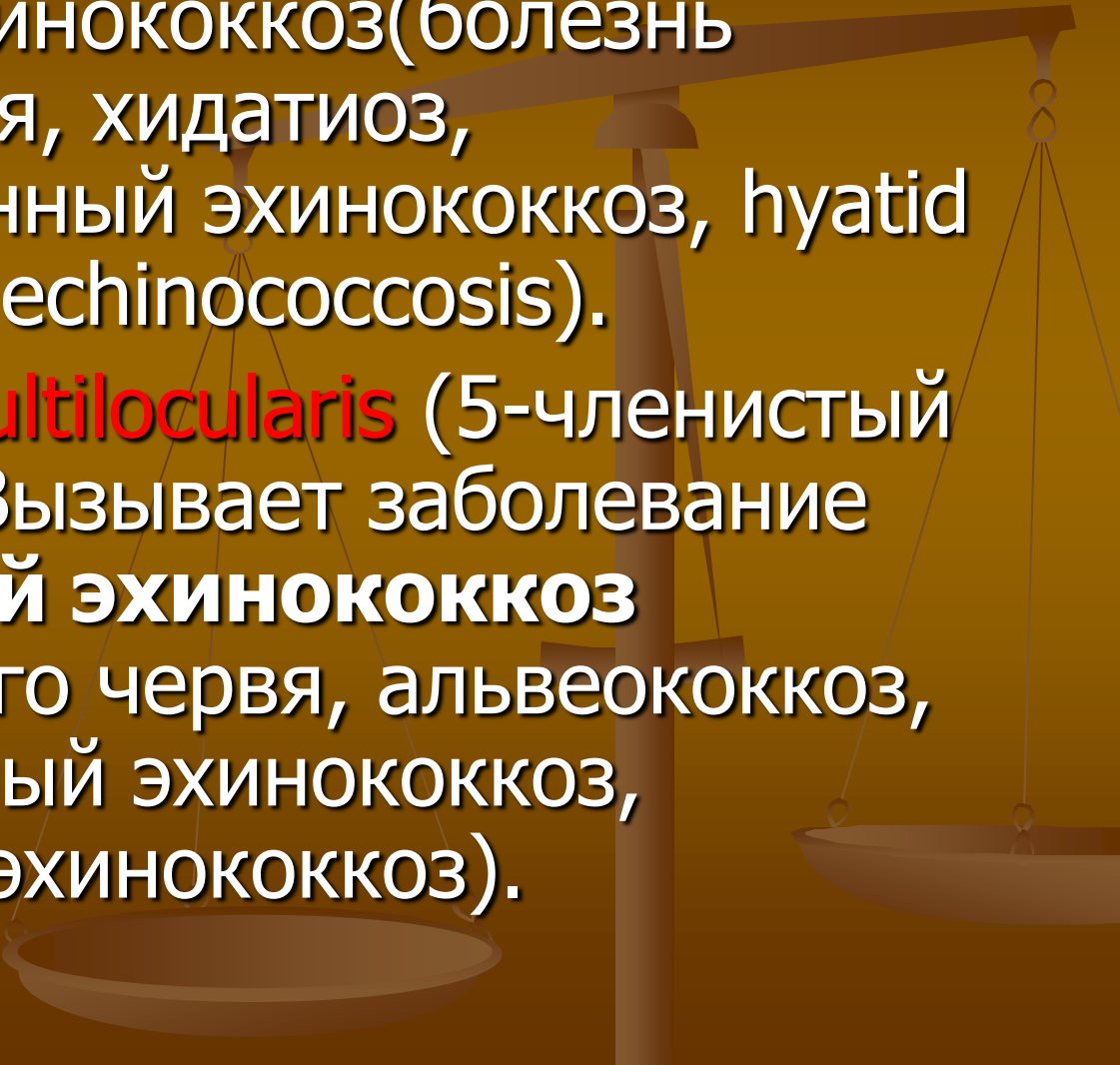
ECHINOCOCCUS GRANULOSUS

**МЕЛКАЯ ЦЕСТОДА ДЛИНОЙ 0,5  
СМ, БЕЛОГО ЦВЕТА.**

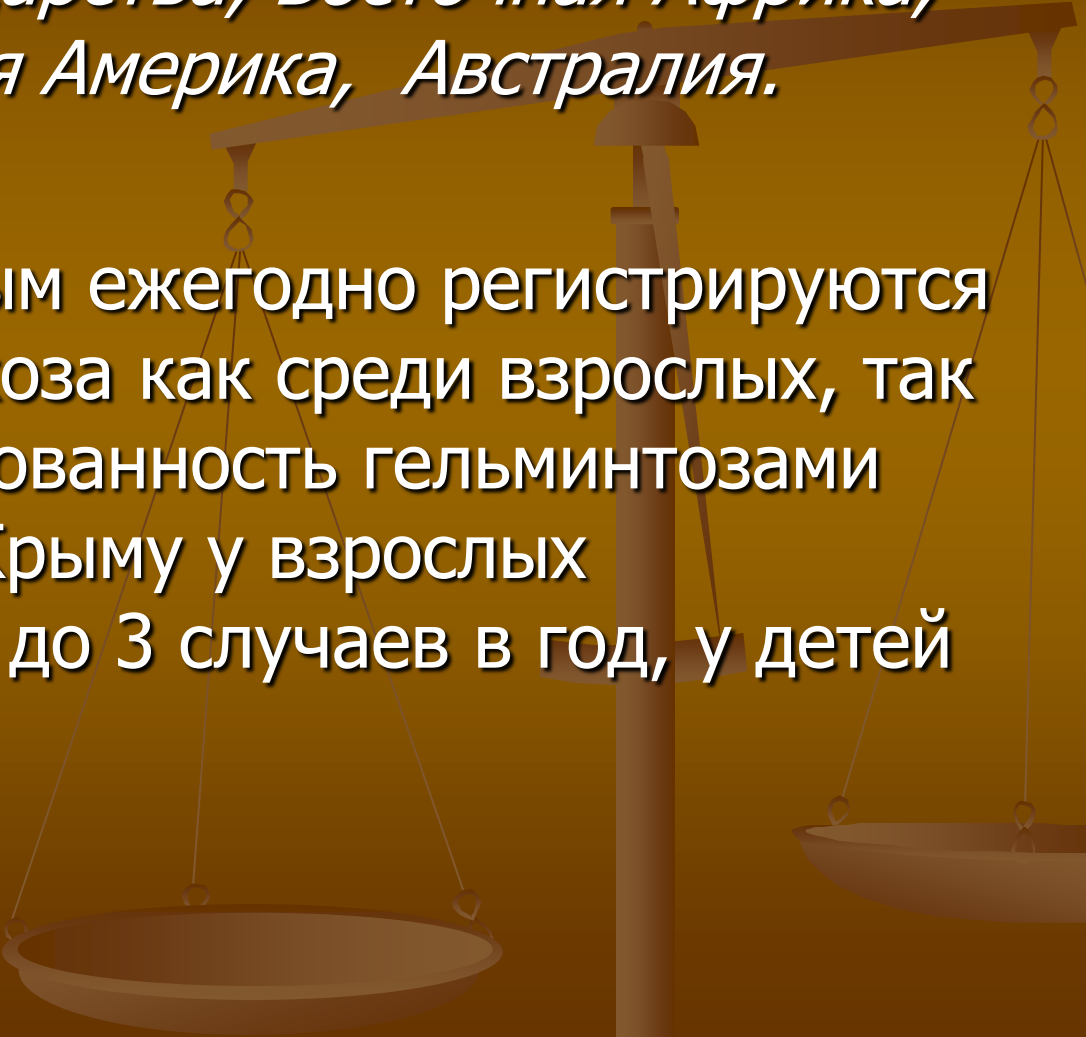
**ТЕЛО СОСТОИТ ИЗ 3-4  
ЧЛЕННИКОВ,**

**ИЗ КОТОРЫХ ТОЛЬКО  
ПОСЛЕДНИЙ – САМЫЙ КРУПНЫЙ-  
ЗРЕЛЫЙ И СОДЕРЖИТ ДО 800 ЯИЦ.**

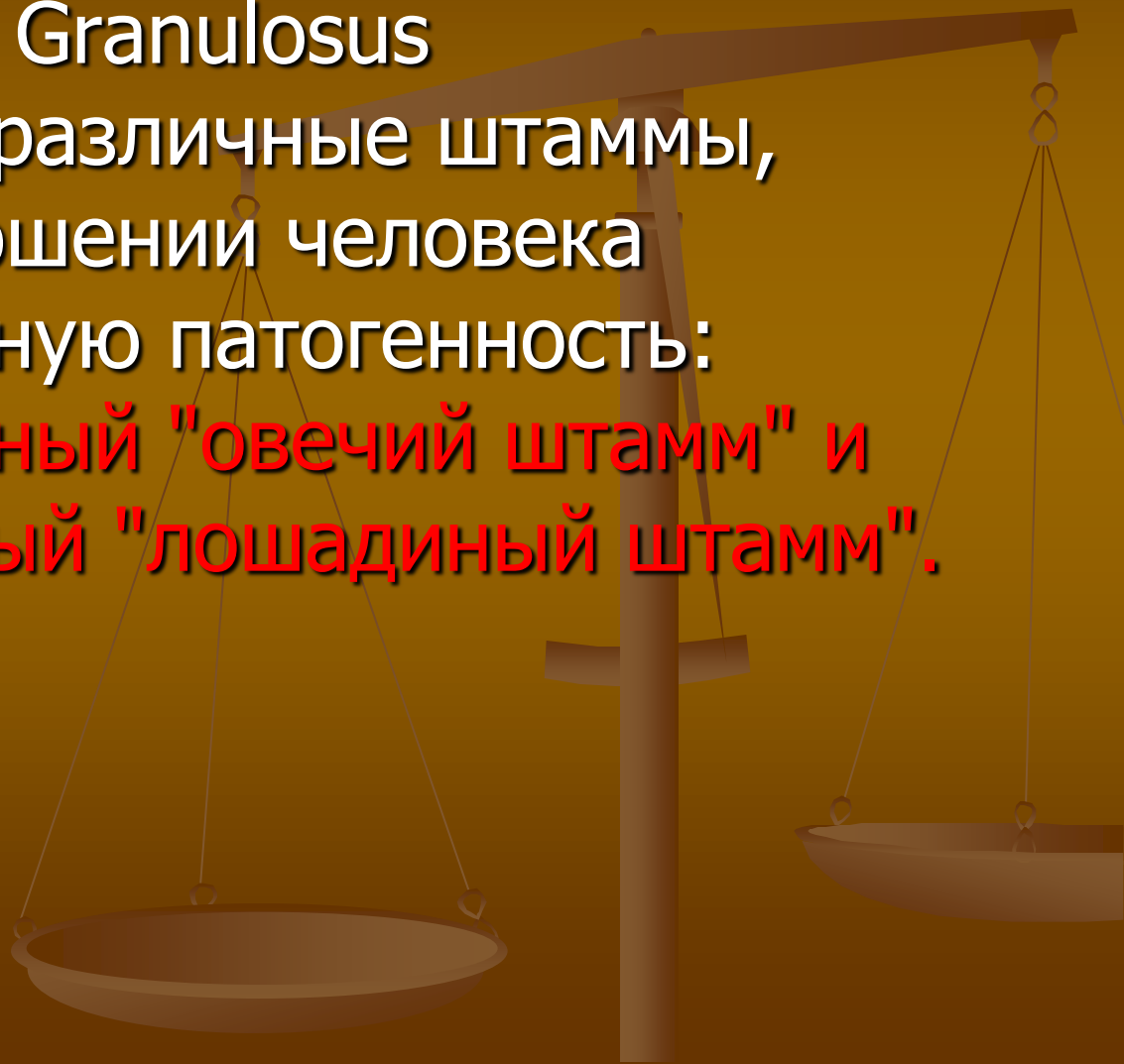


- 
- **Echinococcus granulosus** (3-членистый червь собак). Вызывает заболевание **кистозный эхинококкоз** (болезнь собачьего червя, хидатиоз, доброкачественный эхинококкоз, hyatid deisease, cystic echinococcosis).
  - **Echinococcus multilocularis** (5-членистый лисий червь). Вызывает заболевание **альвеолярный эхинококкоз** (болезнь лисьего червя, альвеококкоз, злокачествен-ный эхинококкоз, альвеолярный эхинококкоз).



- 
- *Высокая распространенность заболевания отмечается в странах Средиземноморья, Балканские государства, Восточная Африка, Средняя и Южная Америка, Австралия.*
  - В Республике Крым ежегодно регистрируются случаи эхинококкоза как среди взрослых, так и детей. Инвазированность гельминтозами (эхинококкоз) в Крыму у взрослых колеблется от 12 до 3 случаев в год, у детей 1-4 случая.

- Внутри вида *E. Granulosus* определяются различные штаммы, которые в отношении человека проявляют разную патогенность: высокопатогенный "овечий штамм" и низкопатогенный "лошадиный штамм".



# ЦИКЛ РАЗВИТИЯ

Эхинококк паразитирует в кишечнике собак, волков, лис и т. д.

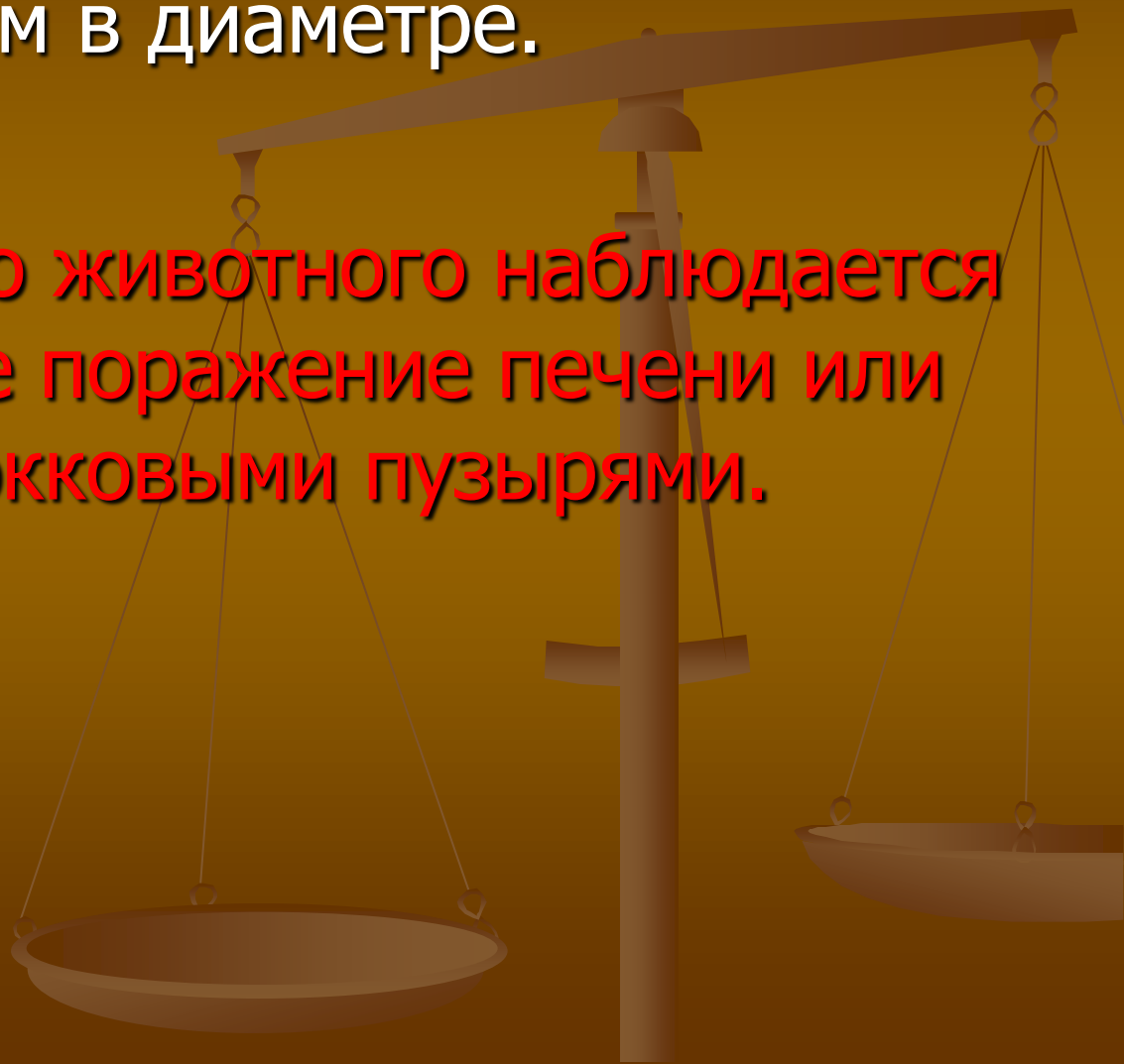
Яйца или членники выделяются с испражнениями этих животных и загрязняют шерсть, воду, почву, траву, помещения и предметы, с которыми соприкасается зараженное животное.

**Яйца хорошо сохраняются во внешней среде.**

**С водой и кормом они попадают в кишечник сельскохозяйственных животных, откуда проникают в печень и легкие.**

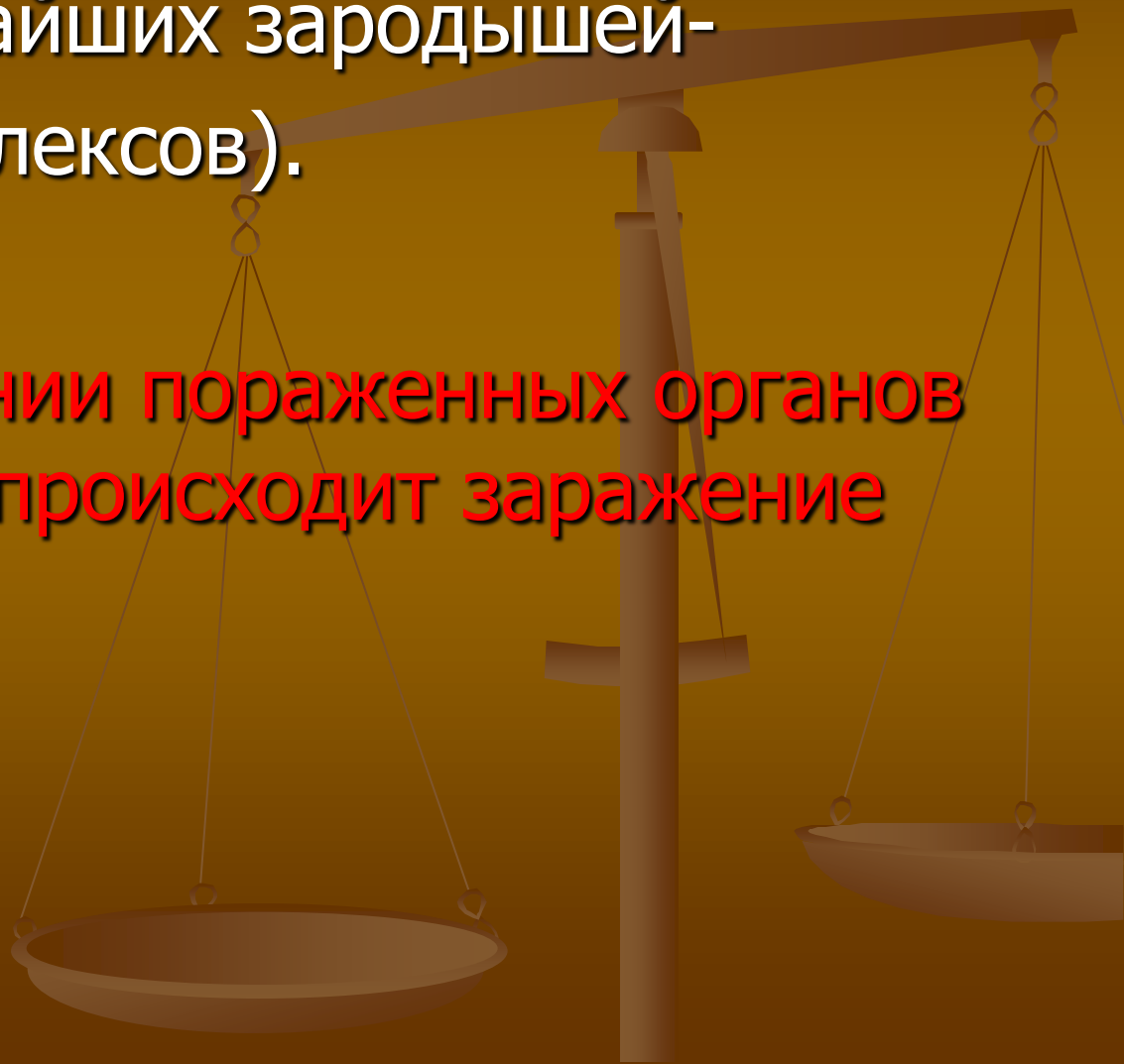
Там личинки превращаются в  
эхинококковые пузыри, размером иногда  
10-20 см в диаметре.

Нередко у одного животного наблюдается  
множественное поражение печени или  
легких эхинококковыми пузырями.



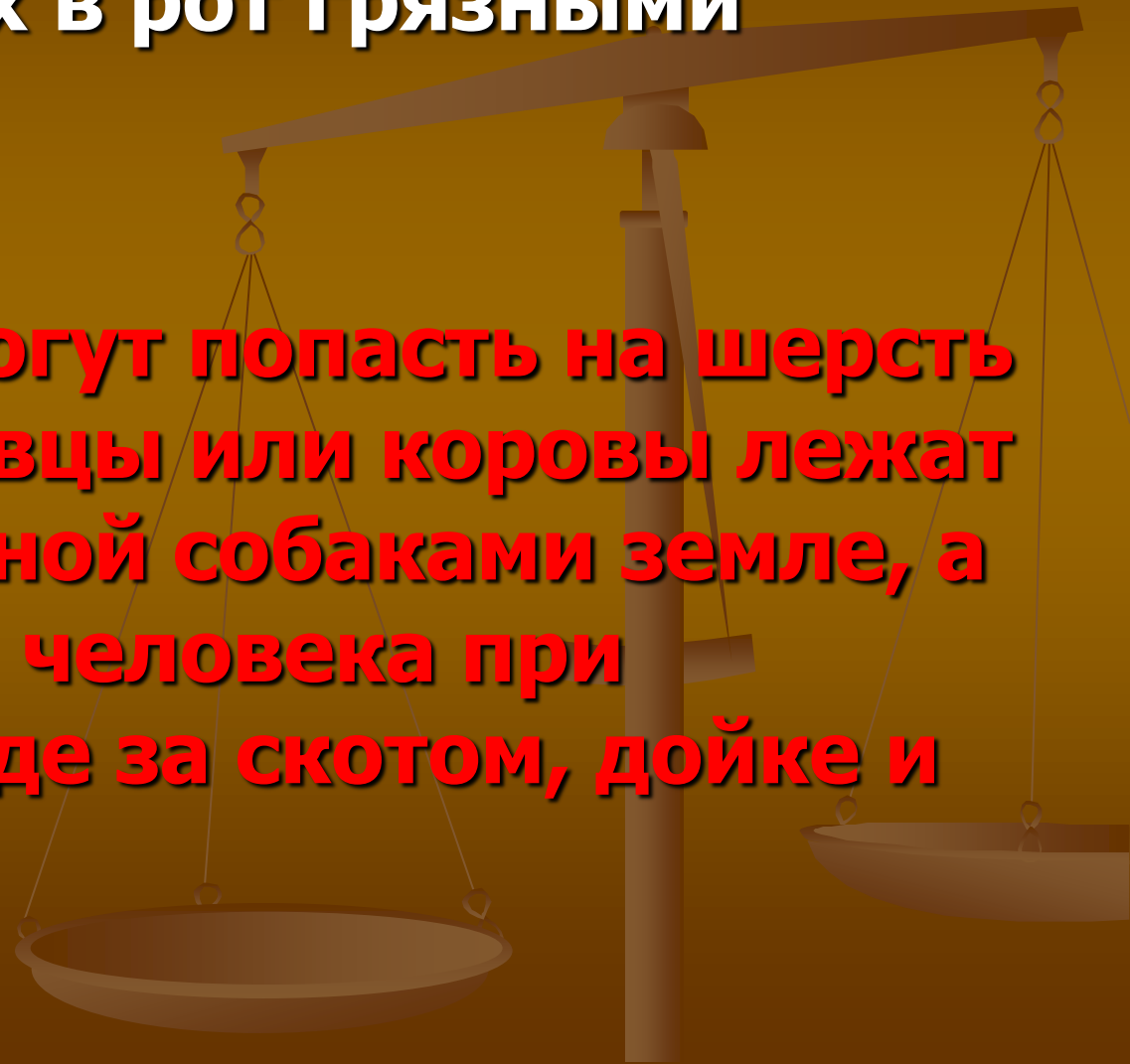
Пузырь заполнен бесцветной жидкостью и содержит эхинококковый «песок»-массу мельчайших зародышей-головок (сколексов).

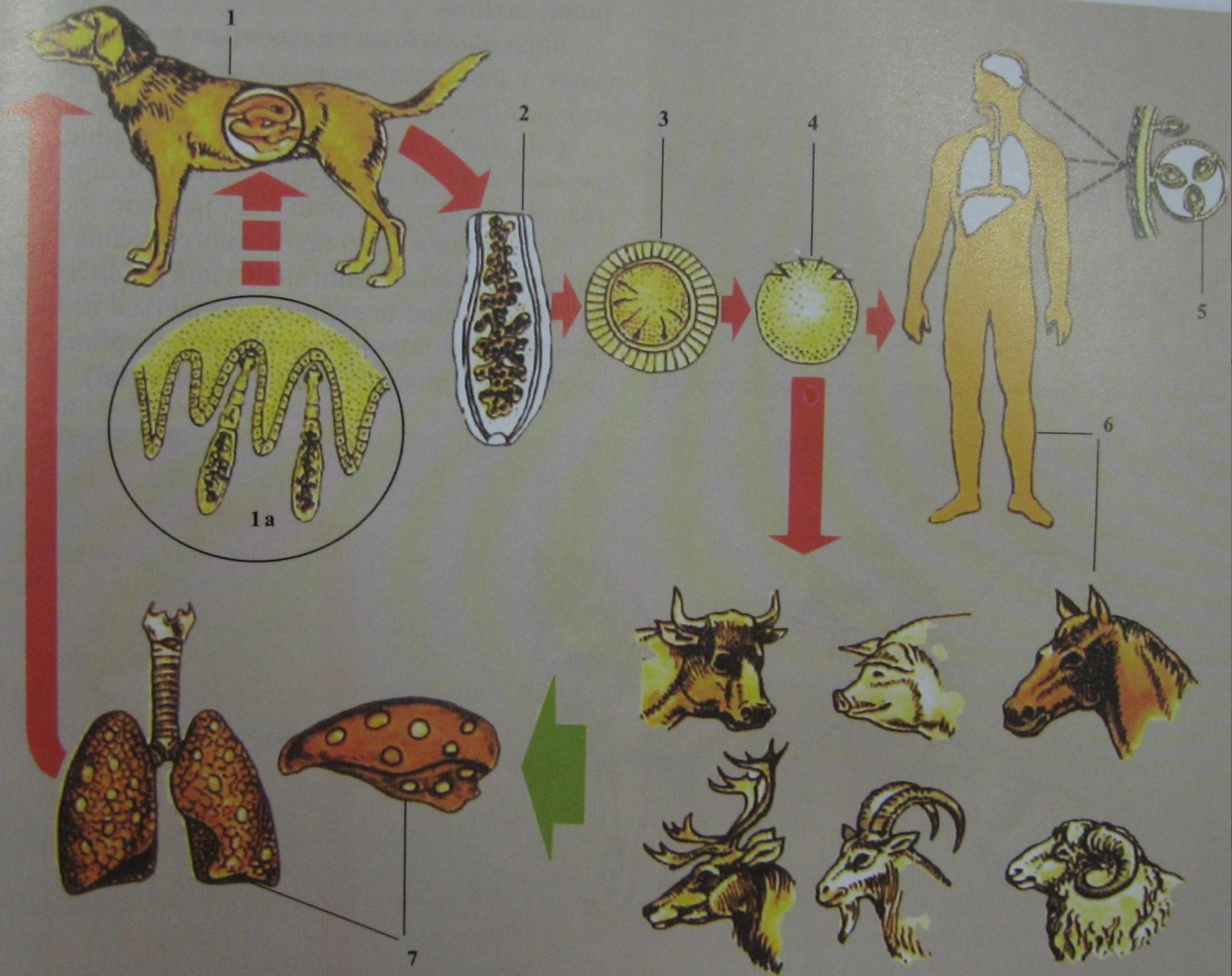
При употреблении пораженных органов скота собакам происходит заражение последних.



**-Человек заражается при заглатывании яиц с водой, пищей или заноса их в рот грязными руками.**

**-Яйца также могут попасть на шерсть скота, если овцы или коровы лежат на загрязненной собаками земле, а с нее на руки человека при стрижке, уходе за скотом, дойке и т.д.**

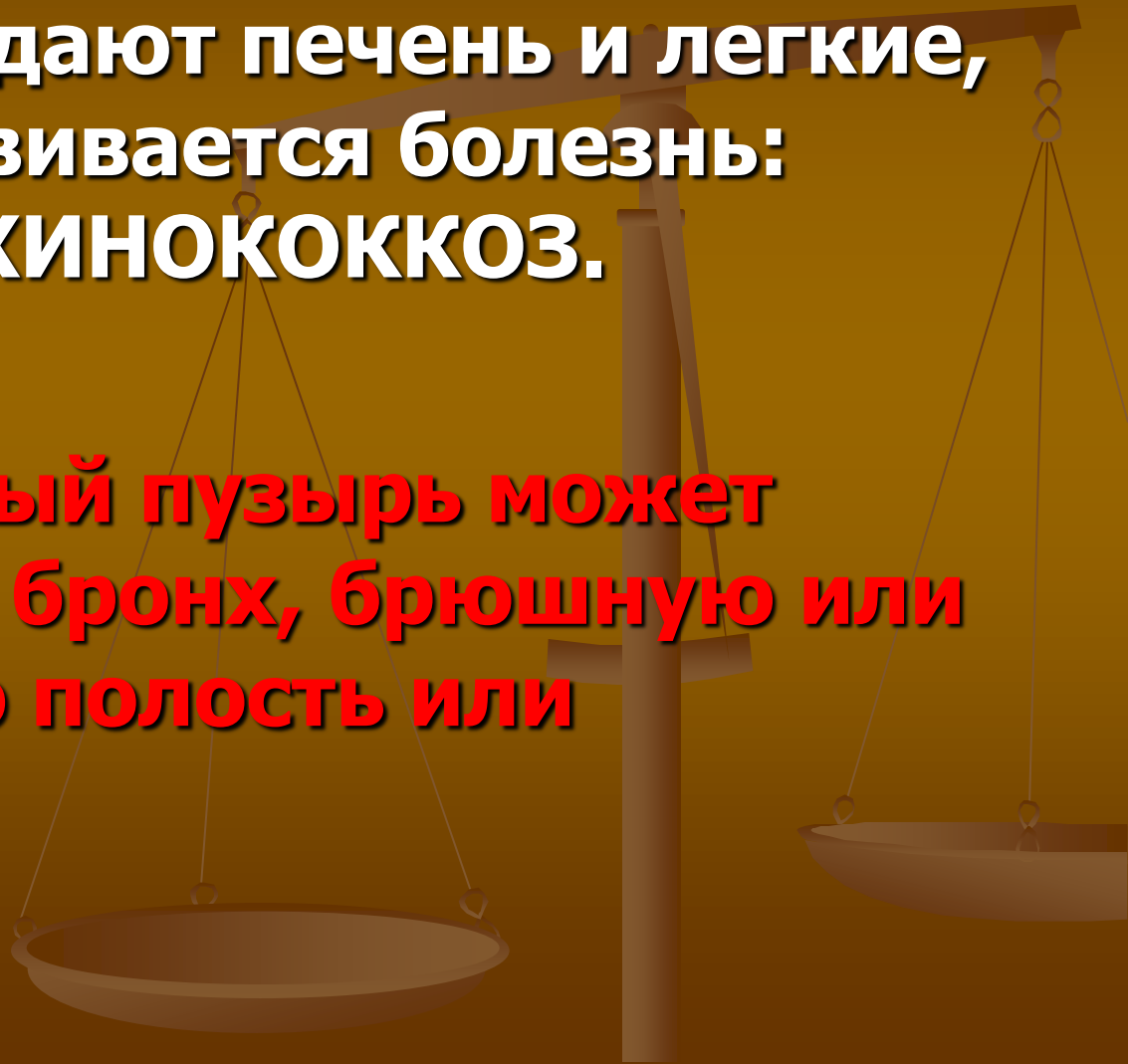




# Клиника

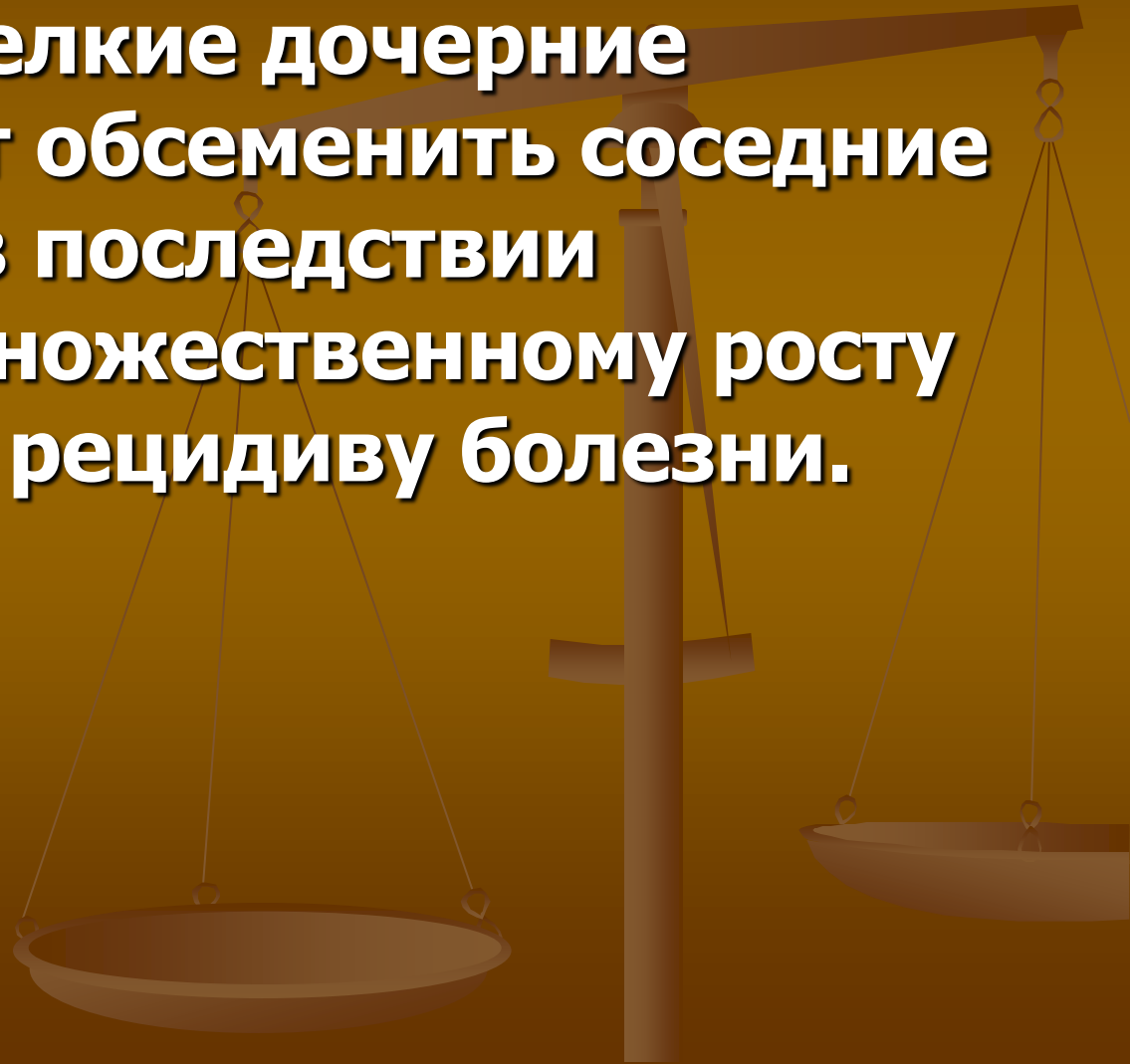
**Эхинококковые пузыри могут поражать любой орган человека, но чаще страдают печень и легкие, при этом развивается болезнь: ЭХИНОКОККОЗ.**

**Эхинококковый пузырь может прорваться в бронх, брюшную или плевральную полость или нагноиться.**





- При разрыве пузыря содержащиеся в нем сколексы (зародышевые головки) и мелкие дочерние пузыри могут обсеменить соседние органы, что в последствии приведет к множественному росту пузырей, т.е. рецидиву болезни.



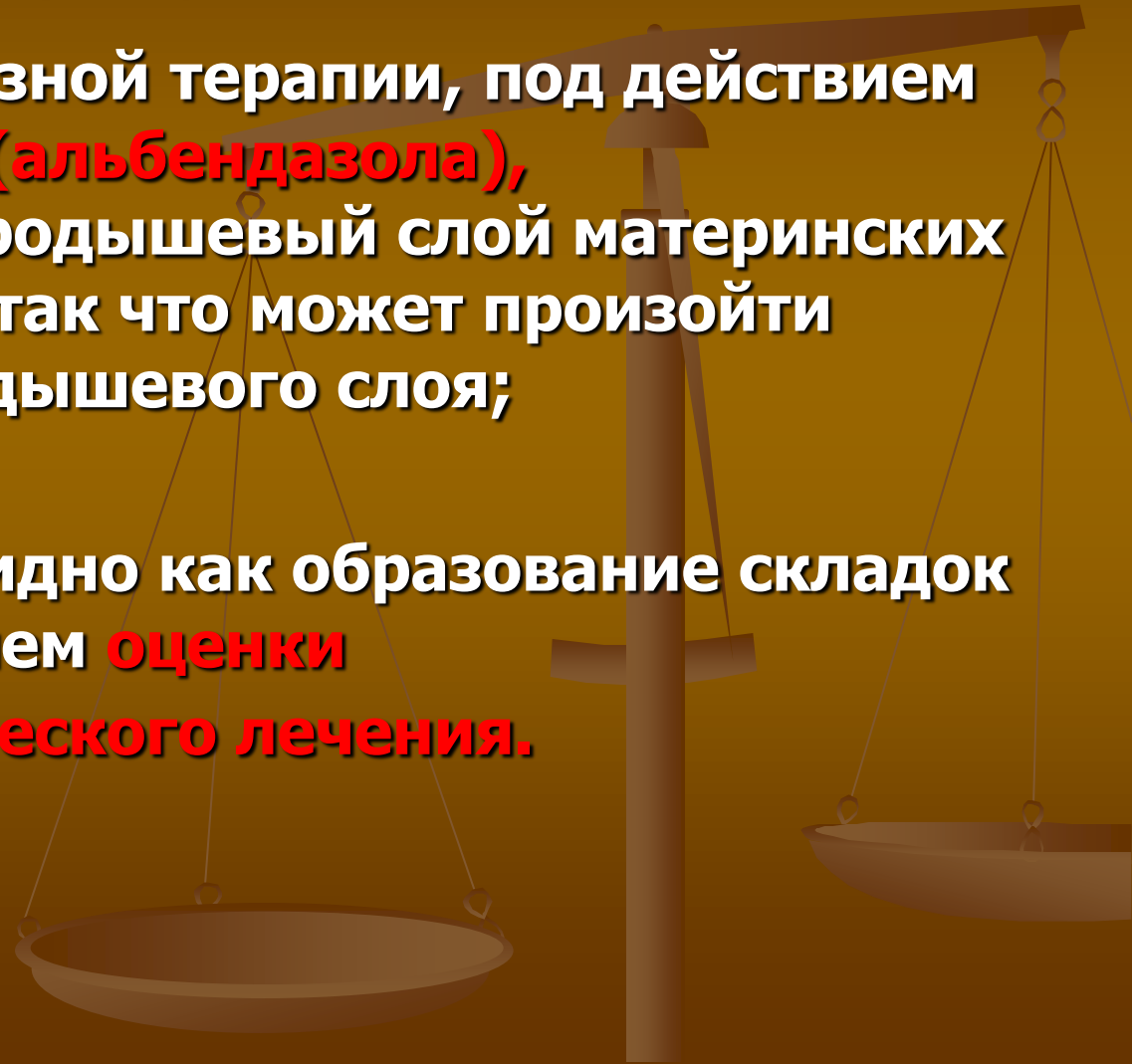
## Строение эхинококково-гранулезной кисты

- Соединительно тканые капсулы (перицисты) вокруг кисты паразита (конечной кисты), гистологически имеющей типичное строение: эндоциста состоит из внешнего ламинарного и внутреннего зародышевого слоев, из которого выдаются протосклицы (головки или инкубационные капсулы). В костных кистах перицисты отсутствуют.

Характерным является четкое отграничение от прилежащей ткани. Внутри кисты могут развиваться дочерние кисты.

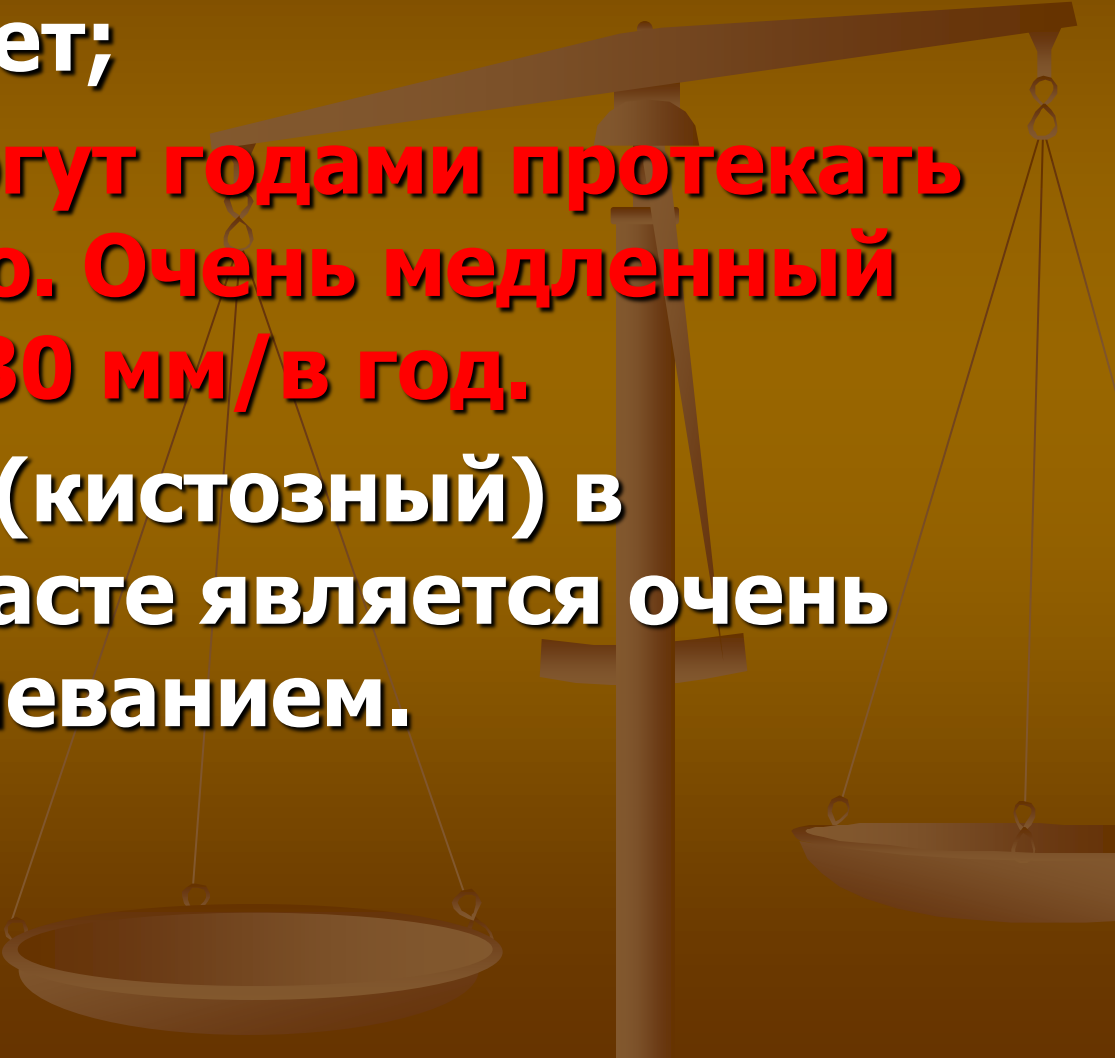
При медикаментозной терапии, под действием бензимидазолов (**альбендазола**), повреждается зародышевый слой материнских и дочерних кист, так что может произойти отторжение зародышевого слоя;

На сонографии видно как образование складок и служит критерием **оценки химиотерапевтического лечения.**

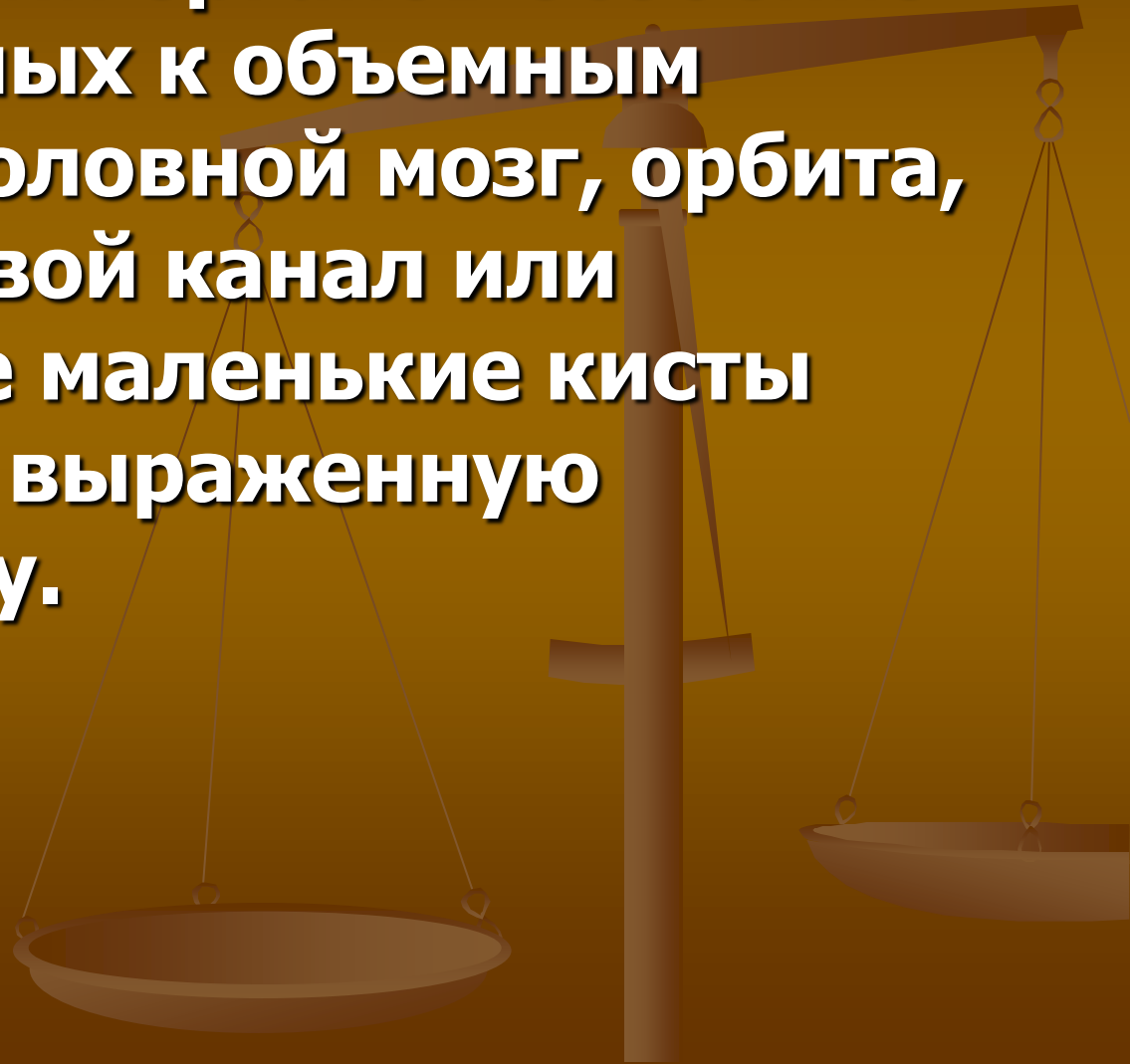


**В собственной хозяина соединительнотканной капсуле (перицисте) с годами может развиваться обызвествление, что хорошо выявляется соно- и компьютер-томографически.**

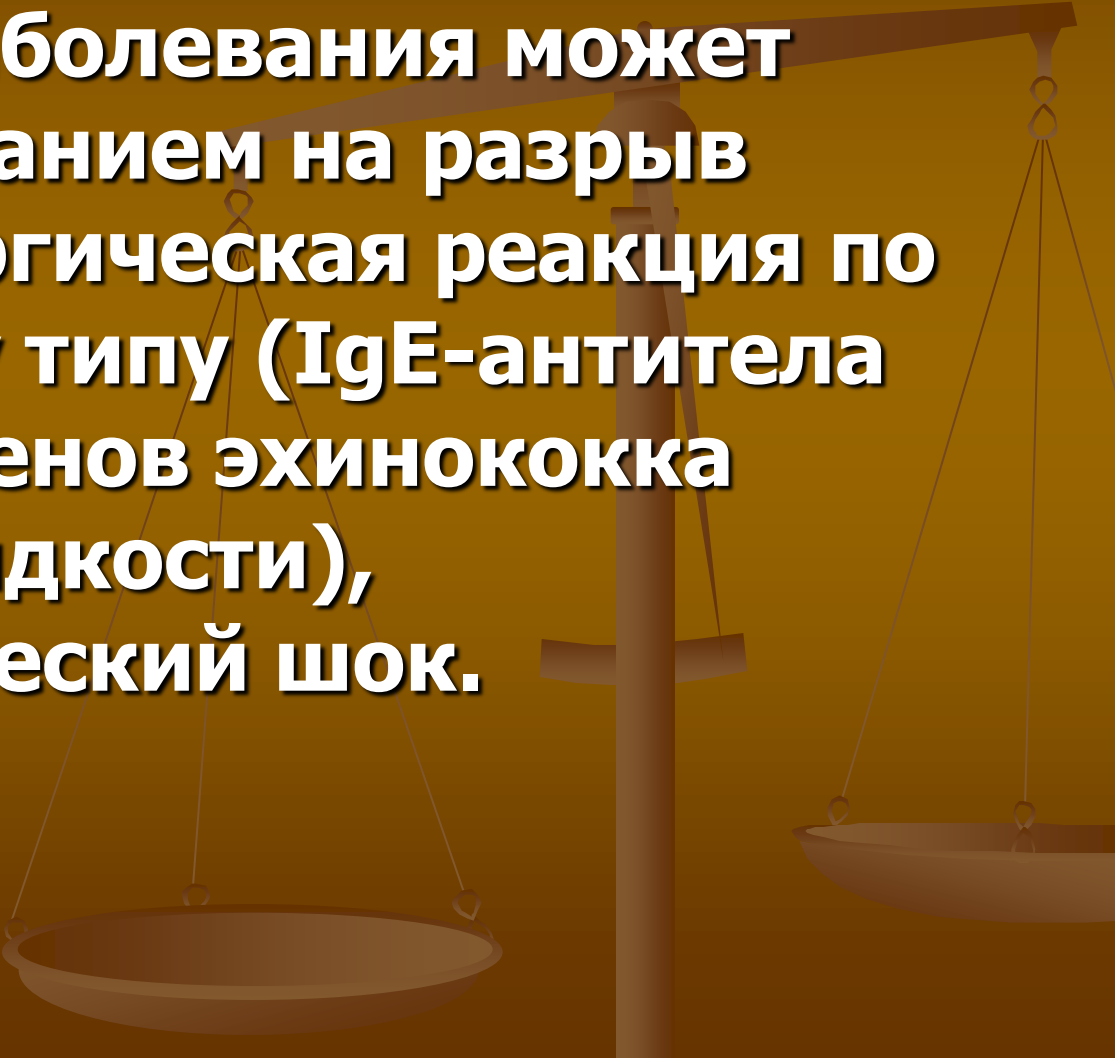
**Часто кальцификаты обнаруживаются в кистах печени или кистах других паренхиматозных органов, редко в легочных кистах.**

- 
- **Время инкубации кистозного эхинококкоза составляет месяц до нескольких лет;**
  - **Инфекции могут годами протекать бессимптомно. Очень медленный рост цист- 1-30 мм/в год.**
  - **Эхинококкоз (кистозный) в детском возрасте является очень редким заболеванием.**

- При поражении органов особенно чувствительных к объемным процессам: головной мозг, орбита, спинномозговой канал или миокард, уже маленькие кисты могут давать выраженную симптоматику.

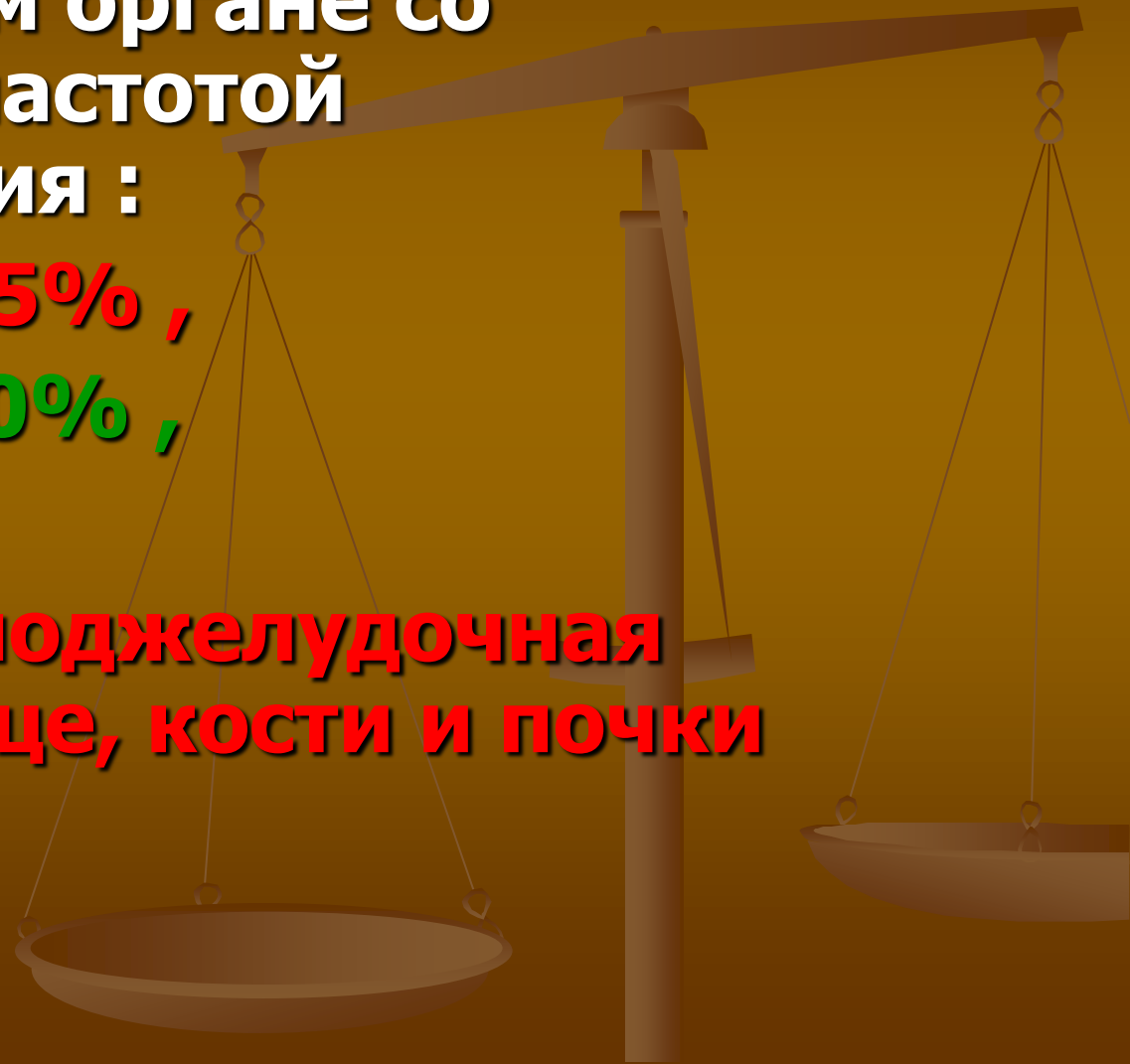


**Внезапное возникновение симптомов заболевания может служить указанием на разрыв кисты : аллергическая реакция по неотложному типу (IgE-антитела против антигенов эхинококка кистозной жидкости), анафилактический шок.**



**При первичном эхинококкозе  
метацестоды могут выявляться в  
почти каждом органе со  
следующей частотой  
распределения :**

- печень 30-75% ,**
- легкие 10-60% ,**
- ЦНС 2-3% ,**
- селезенка, поджелудочная  
железа, сердце, кости и почки  
(1%).**



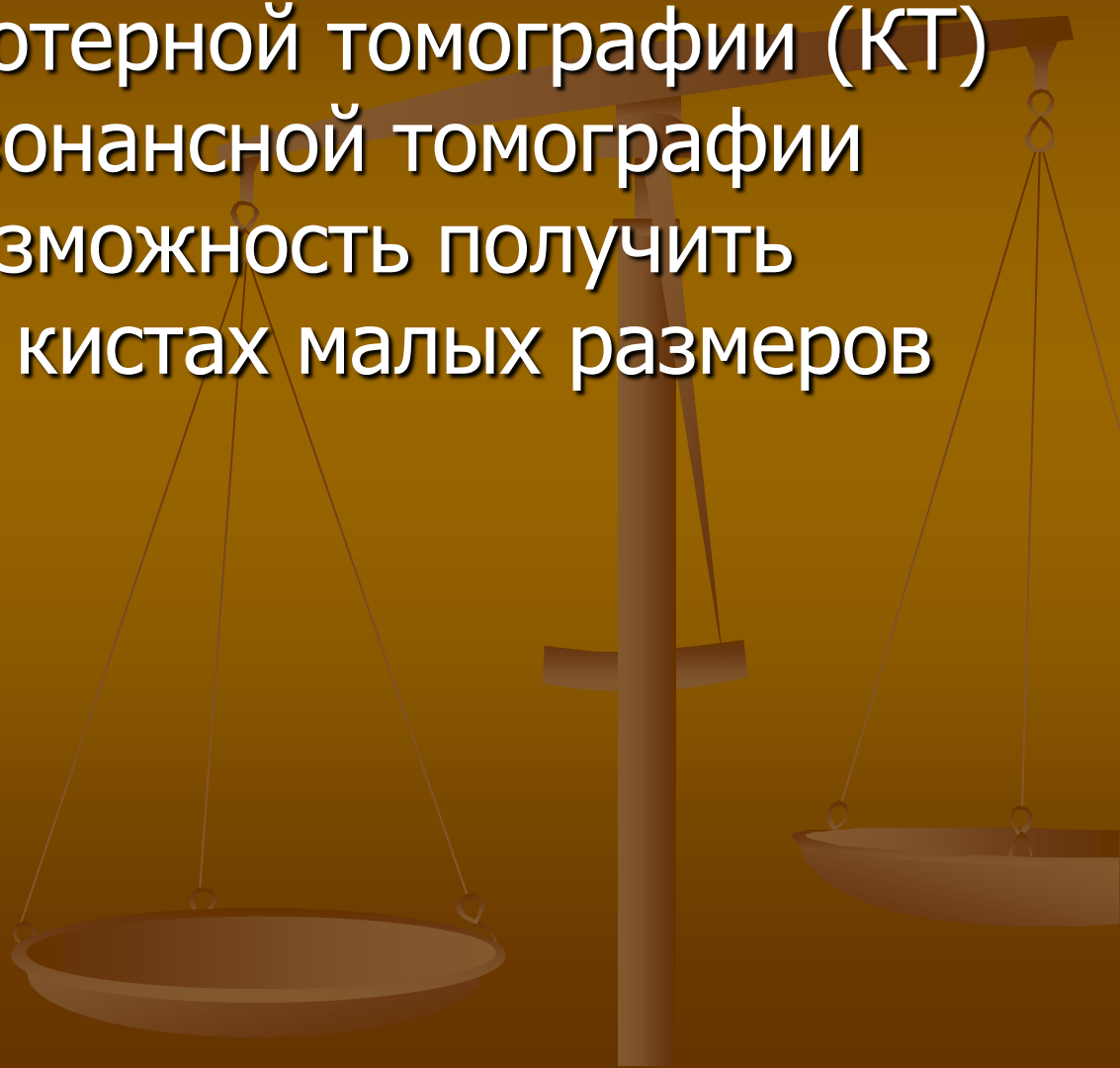


# Диагностика заболевания

- Базируется на данных эпиданамнеза, клиники, инструментальных и серологических методов исследований.
- Ультразвуковое исследование (УЗИ) позволяет выявить однокамерные единичные или множественные жидкостные эхонегативные образования с гладкой поверхностью и чёткими ровными контурами, слоистость стенки эхинококковой кисты, наличие дочерних кист, определить активность паразита

# Диагностика заболевания

- Методы компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ), дают возможность получить информацию о кистах малых размеров

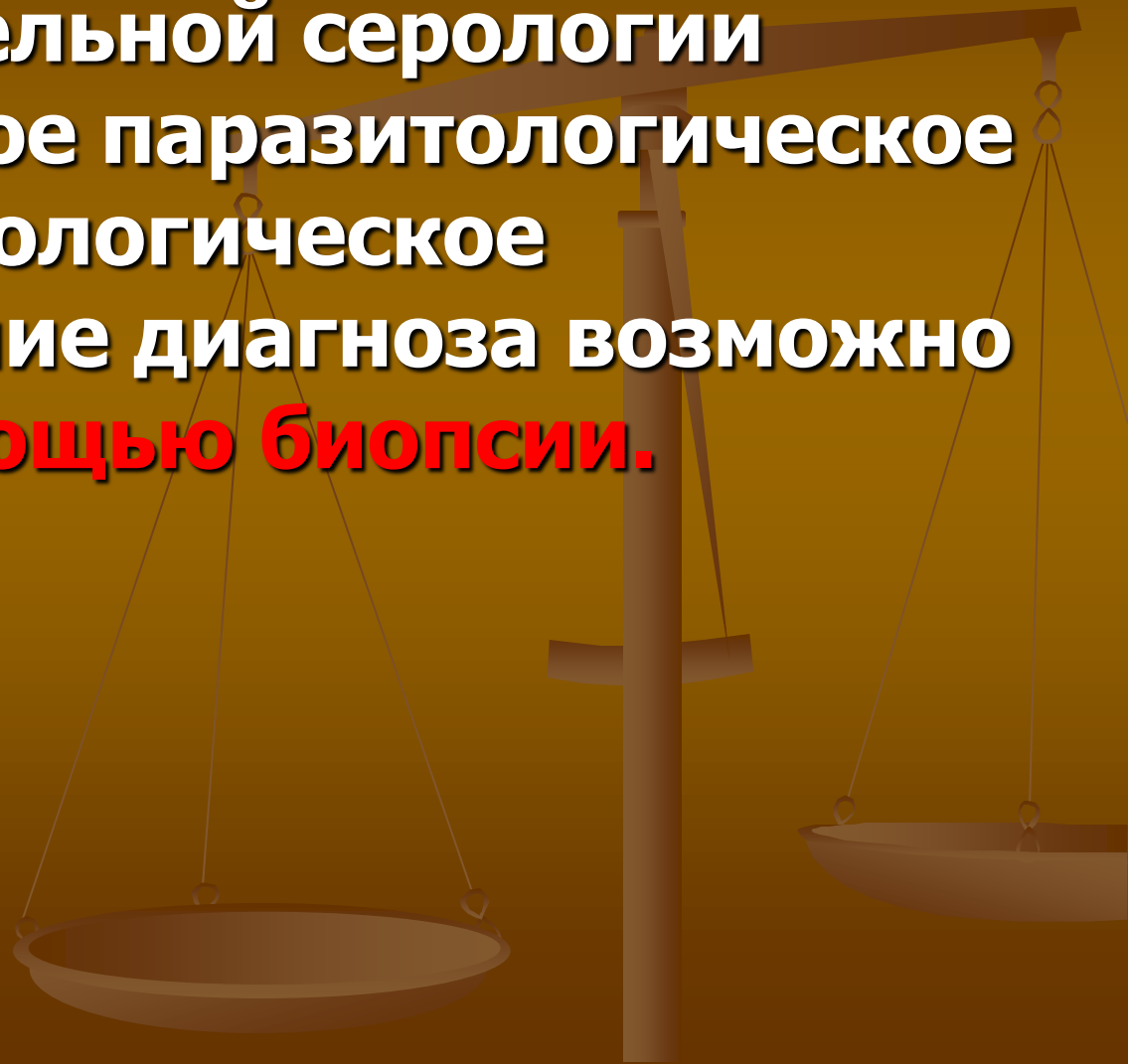


# Диагностика заболевания


- **Серологическая диагностика** включает метод иммуноферментного анализа (ИФА), который позволяет выявить повышение уровня антител класса IgG к антигенам эхинококка. Результаты ИФА являются как **дополнительным подтверждающим тестом** к комплексу клинико-эпидемиологических и инструментальных данных, так и индикатором эффективности терапии

# Диагностика заболевания

- При отрицательной серологии окончательное паразитологическое или гистопатологическое подтверждение диагноза возможно только с **помощью биопсии.**

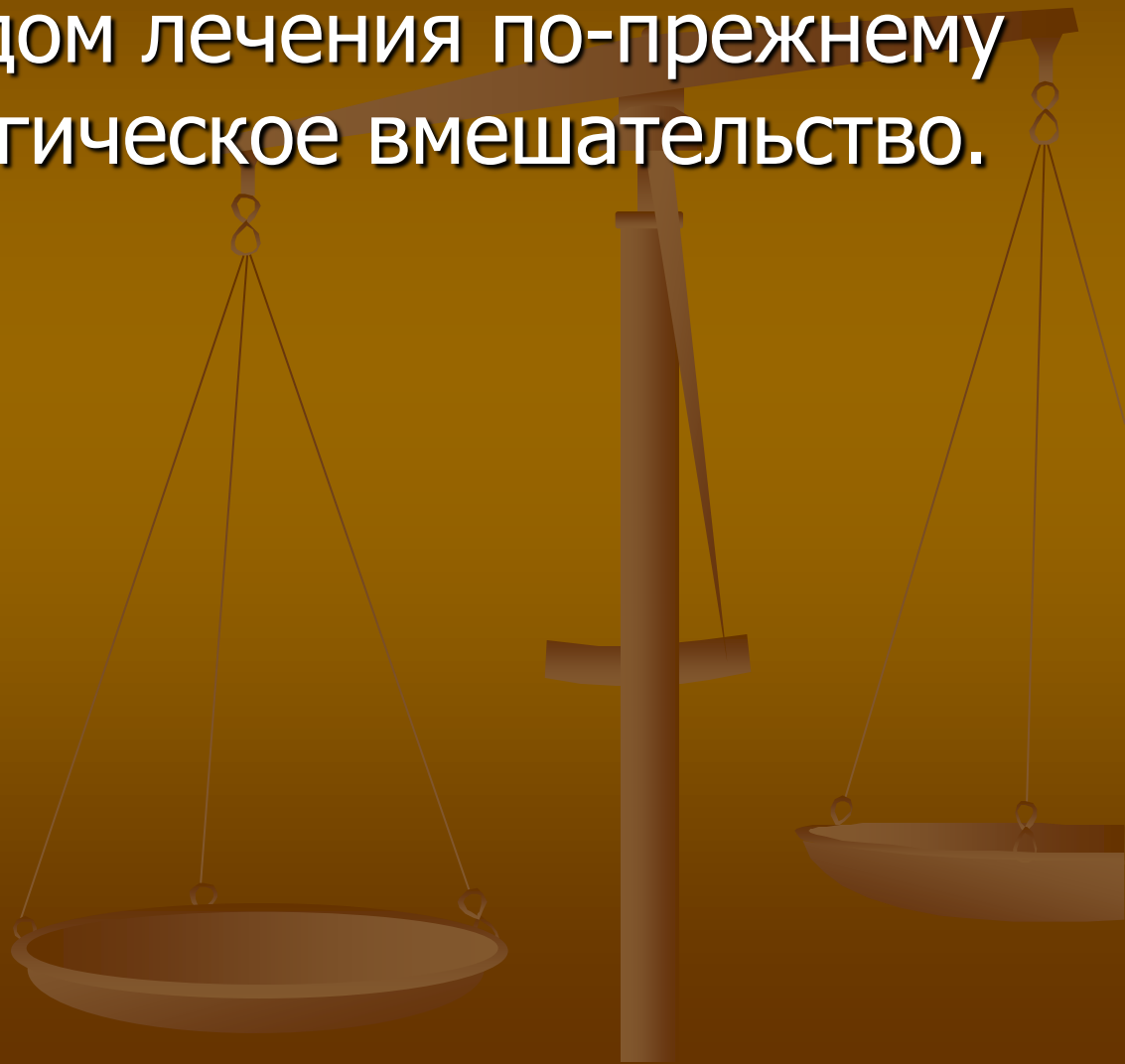


## **Дифференциальный диагноз:**

- Кистозный объемный процесс как при доброкачественных и злокачественных опухолях;
  - Врожденные кисты;
  - Поликистозные заболевания;
  - Карциноид;
  - Пиогенные абсцессы печени
  - Амебные абсцессы печени
- 

# ЛЕЧЕНИЕ

- Ведущим методом лечения по-прежнему остаётся хирургическое вмешательство.



# ЭХИНОКОККОЗ ГОЛОВНОГО МОЗГА

■ *КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ*

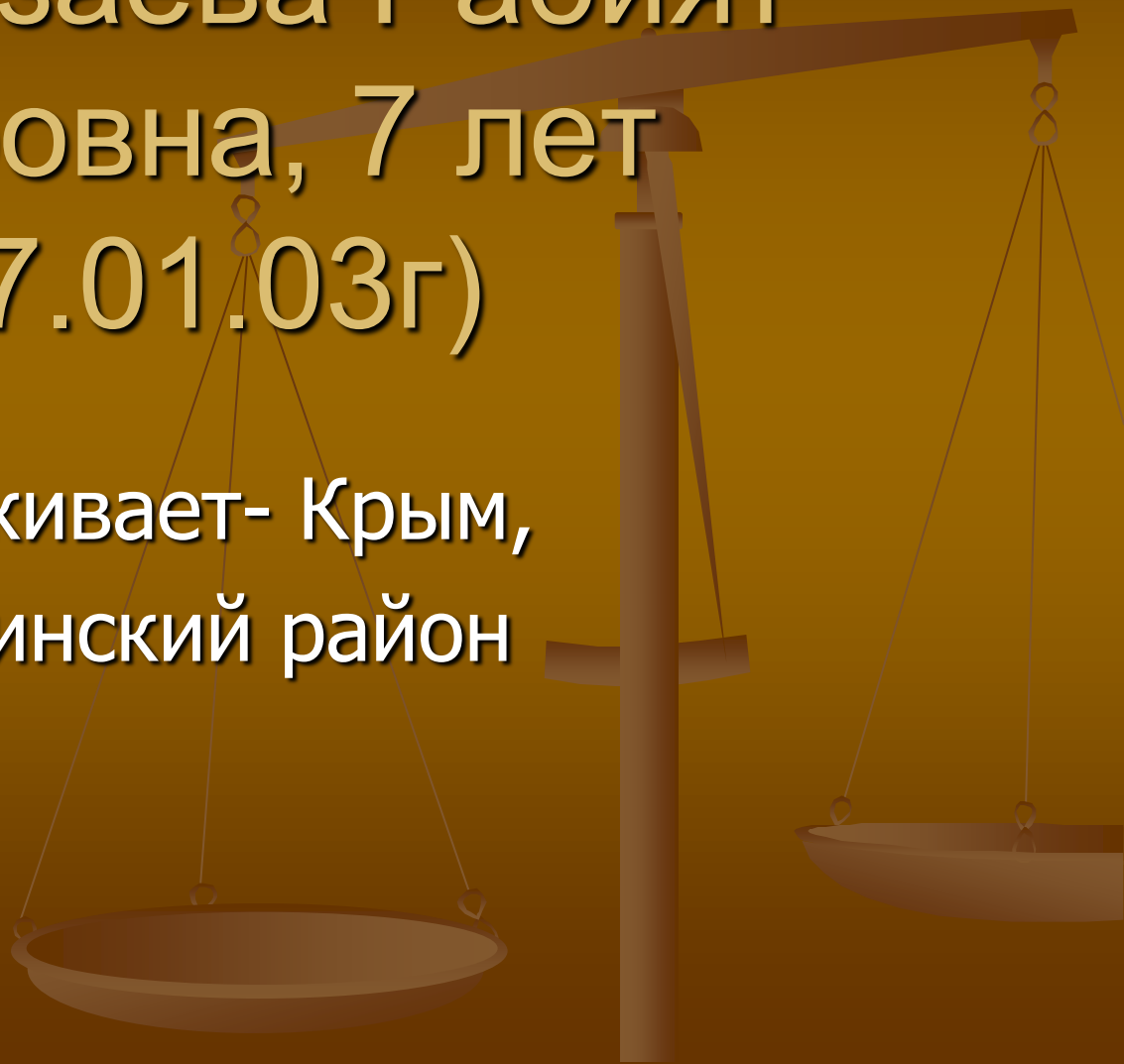




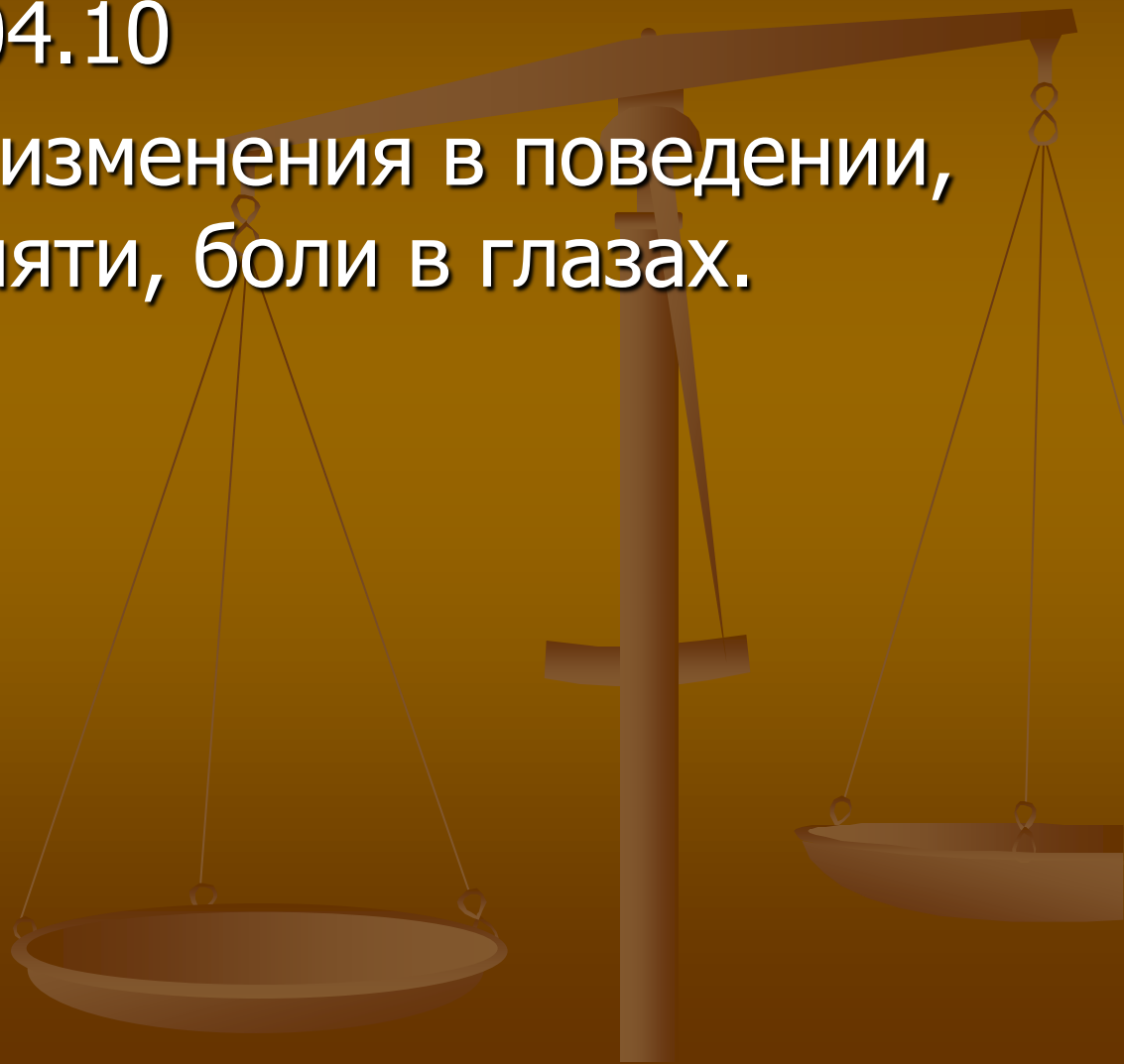


Баймурзаева Рабият  
Амировна, 7 лет  
(07.01.03г)

Проживает- Крым,  
Ленинский район



- Поступила 21.04.10
- **ЖАЛОБЫ**- на изменения в поведении, нарушения памяти, боли в глазах.



# Анамнез заболевания

- - 3.04.10г удар по голове, в эти же сутки вечером появилась рвота, головокружение, нарушение походки. Девочка госпитализирована с 6.04.- 19.04. 10г по месту жительства в детское отделение Ленинской ЦРБ с диагнозом- ЗЧМТ:сотрясение головного мозга, синдром ВСД с цефалгиями. ОРВИ. Ринофарингит.

# Получала лечение

- Внутривенно капельно 0,9% NaCl,
- L-лизин эсцинат, аспаркам, ККБ, Магне В6 , глицин, неуробекс, арбидол, баралгин.
- Состояние без положительной динамики. С целью уточнения диагноза 21.04.10г больная поступает в КРУ Детская клиническая больница.

# Диагноз направившего учреждения

- ЗЧМТ: сотрясение головного мозга, органическое поражение головного мозга?



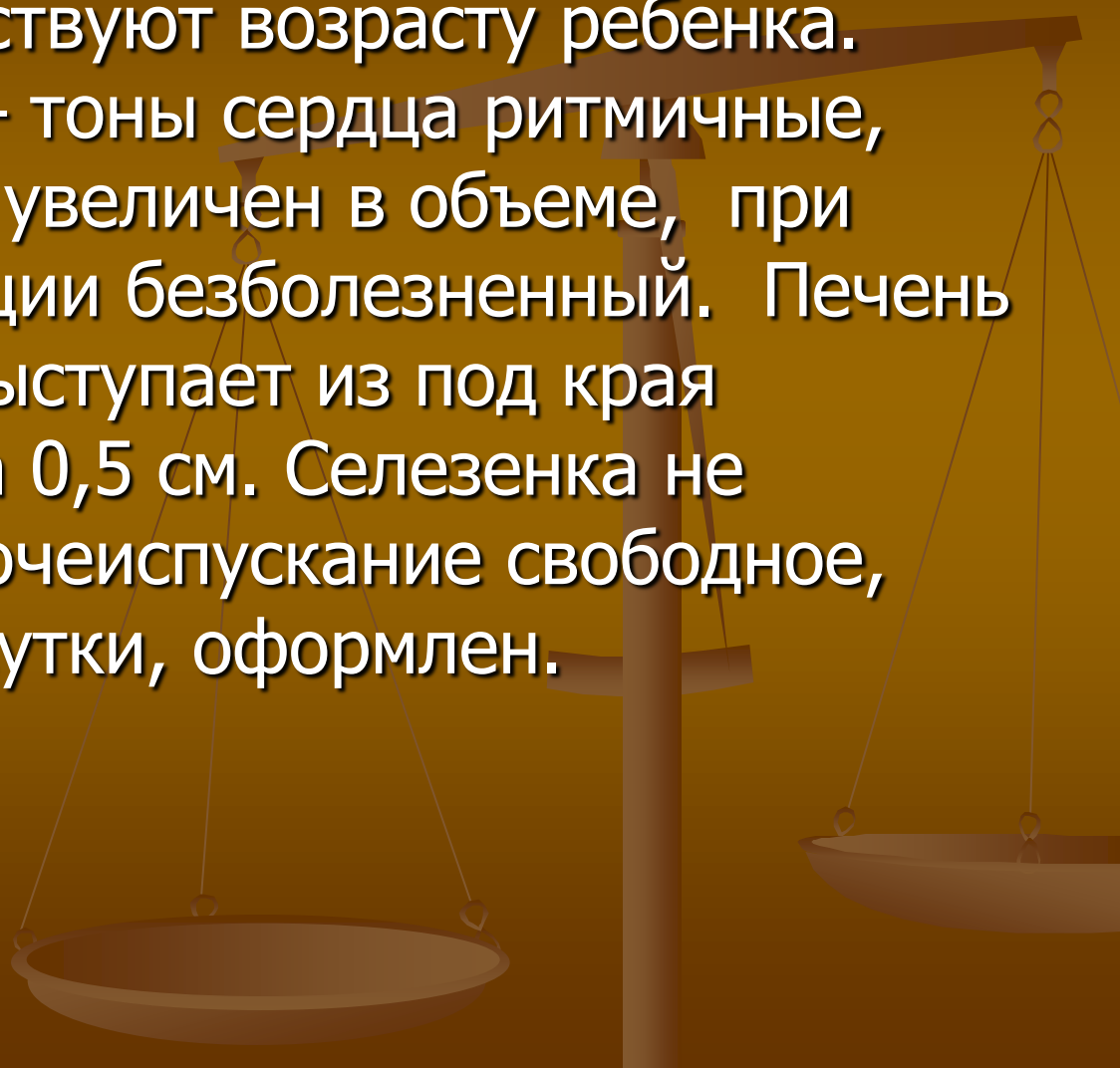
# Анамнез жизни

- девочка от 2-ой беременности, 2-х родов. Вес при рождении 3790, рост 52 см, Оценка по шкале Апгар 9 баллов. Закричала сразу. К груди приложили в родильном зале. Выписана из род.дома на 3-и сутки. Неонатальный период проходил без особенностей. На грудном вскармливании находилась до одного года. Аллергологический анамнез не отягощен. Профилактические прививки проводили по календарному плану. Наследственность не отягощена.

# Данные клинического осмотра

- состояние средней тяжести. АД= 90/50 мм рт. Ст.. Пульс= 98 в 1 мин.. Кожные покровы чистые, видимые слизистые розовые. Тургор тканей сохранен. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. Мышечная система развита по возрасту. Форма грудной клетки нормостеничная. Над легкими ясный легочный звук.

- По всем полям выслушивается везикулярное дыхание. Границы относительной сердечной тупости соответствуют возрасту ребенка. Аускультативно – тоны сердца ритмичные, ясные. Живот не увеличен в объеме, при глубокой пальпации безболезненный. Печень при пальпации выступает из под края реберной дуги на 0,5 см. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание свободное, стул один раз в сутки, оформлен.

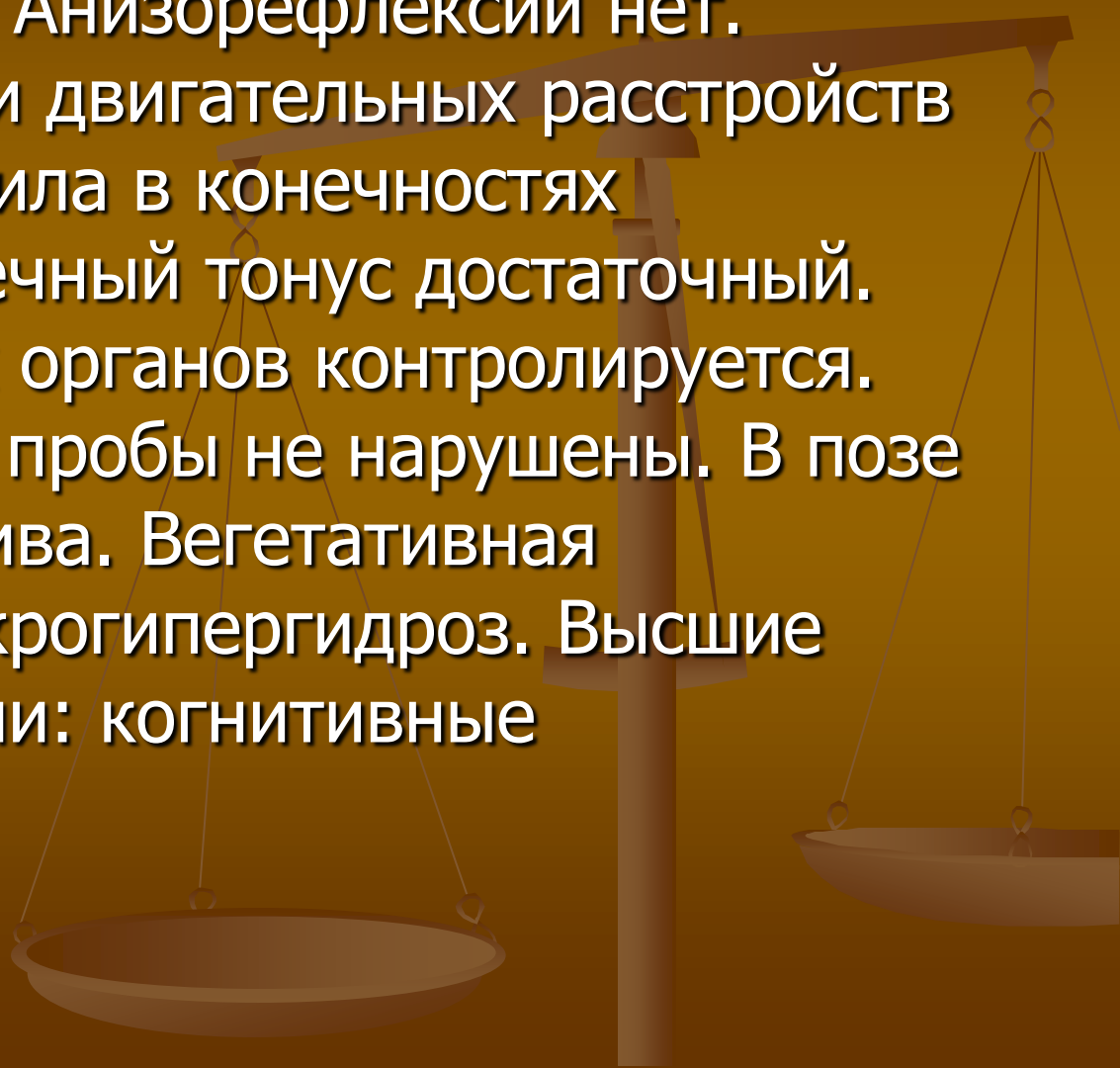




# Неврологический статус

- сознание ясное. Черепно-мозговые нервы: афатических расстройств нет, зрение и обоняние сохранены. Зрачки D=S, глазные щели D=S, фотореакции сохранены. Роговичный и реснитчатый рефлекс сохранены. Нистагм отсутствует. Лицо симметричное. Сглаженности носогубной складки нет. Язык по средней линии. Чувствительных расстройств на лице нет. Пальпация точек выхода тройничного нерва безболезненна.

- Брюшные рефлексы живые. Сухожильные и периферические рефлексы симметричные по оси тела, живые. Анизорефлексии нет. Чувствительных и двигательных расстройств нет. Мышечная сила в конечностях сохранена. Мышечный тонус достаточный. Функция тазовых органов контролируется. Координаторные пробы не нарушены. В позе Ромберга устойчива. Вегетативная симптоматика: акрогипергидроз. Высшие корковые функции: когнитивные расстройства.



# Диагноз при госпитализации

- Последствия перенесенной ЗЧМТ в виде цефалоастенического синдрома. Когнитивные расстройства.



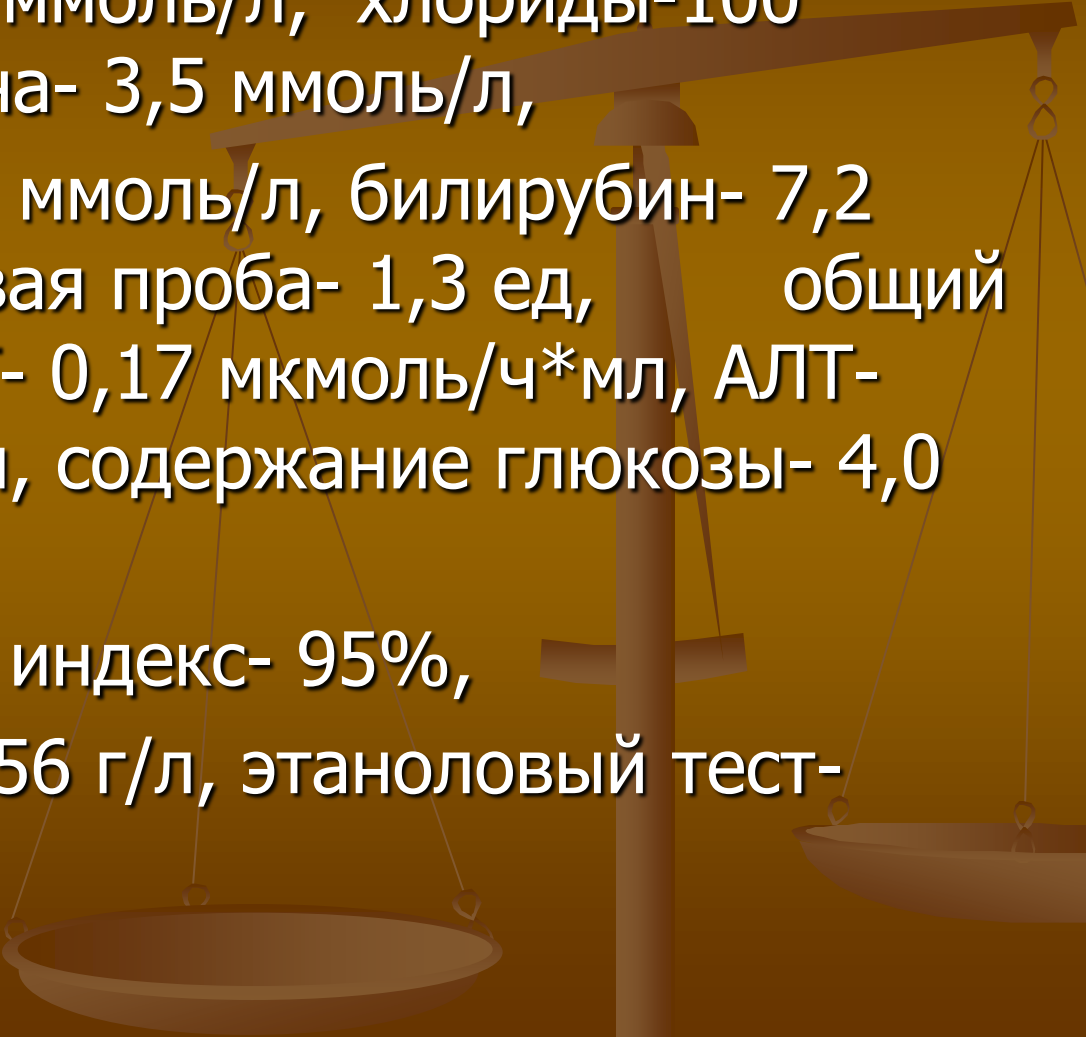
# Обследование ребенка:

## ■ ОАК

Нв	эр	цп	лей к	СОЭ	п	с	э	б	л	м
130	4,1	0,9 5	8,1	2	1	53	3	1	34	8

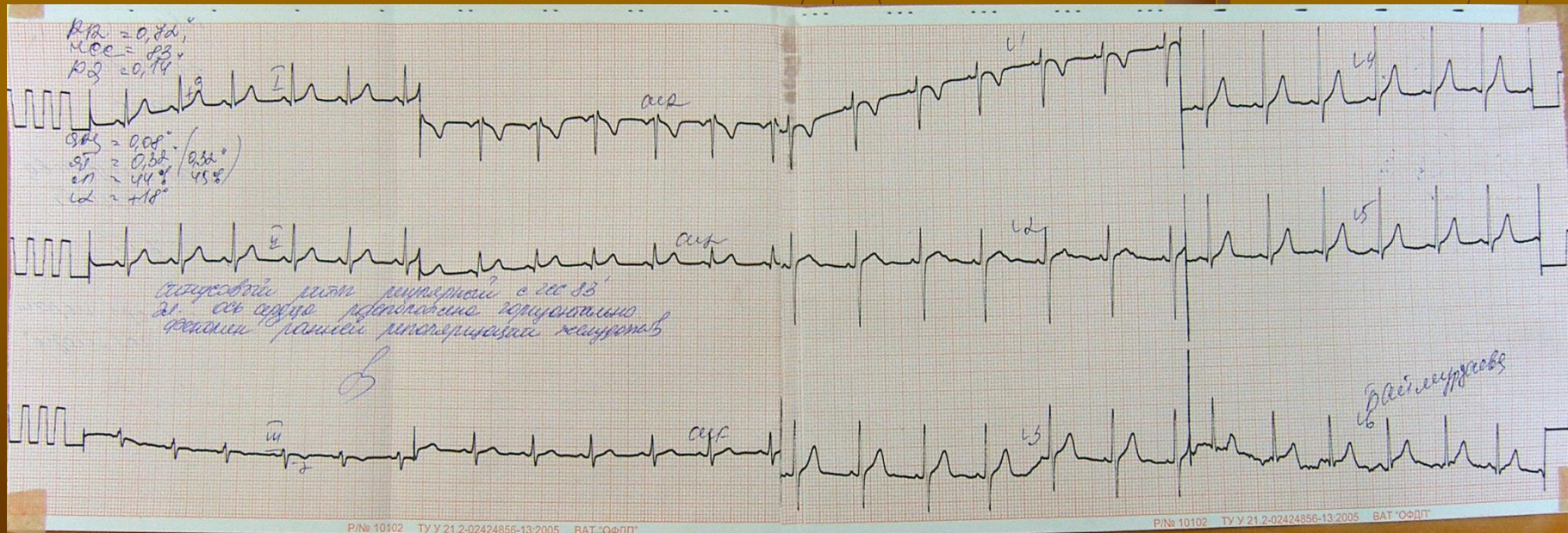
## ■ ОАМ

кол	проз	Уд. вес	реак ция	бел	глюк оза	лейк	эрит р	соли	слиз ь
60	проз	1020	Слаб о щел очна я	отр	отр	1-3	0-1	Окса латы +	++

- 
- кал на я/г не обнаружен, соскоб на энтеробиоз- не обнаружен.
  - Калий крови- 3,4 ммоль/л, хлориды-100 ммоль/л, мочевины- 3,5 ммоль/л,
  - Креатинин- 0,084 ммоль/л, билирубин- 7,2 ммоль/л, тимоловая проба- 1,3 ед, общий белок 66 г/л, АСТ- 0,17 мкмоль/ч\*мл, АЛТ- 0,24 мкмоль/ч\*мл, содержание глюкозы- 4,0 ммоль/л,
  - Протромбиновый индекс- 95%,
  - Фибриноген А- 3,56 г/л, этаноловый тест- отр..

# ЭКГ

- Синусовый ритм, регулярный с чсс 83 в мин. , электрическая ось сердца расположена горизонтально. Феномен ранней реполяризации желудочков.



# ЭХО-ЭНЦЕФАЛОСКОПИЯ

- М dex=68 ММ; М sin=78 ММ; ТР=73 ММ;
- ДВТ=146 ММ;
- Смещение средних структур 5 ММ.
- Ширина М Эхо 6-7 ММ;
- Пульсация стенок М Эхо 40% с 2-ух сторон.
- Дополнительные Эхо сигналы – большое количество с 2-ух сторон, S>D.  
амплитуда 40-45%
- ИМП: dex=1,8; sin=2,1 (N<2,3)
- ССУ: dex=3,7; sin=3,4 (N>4,0)

# Паттерн высоковольтной ЭЭГ

- регистрируются общемозговые изменения с признаками локальной патологической активности в левой затылочно-задневисочной области в виде преобладания полиморфных медленных волн дельта-тета диапазона. Пароксизмальная активность проявляется диффузными острыми импульсами различной длительности. Признаки раздражения медиобазальных и стволовых структур.



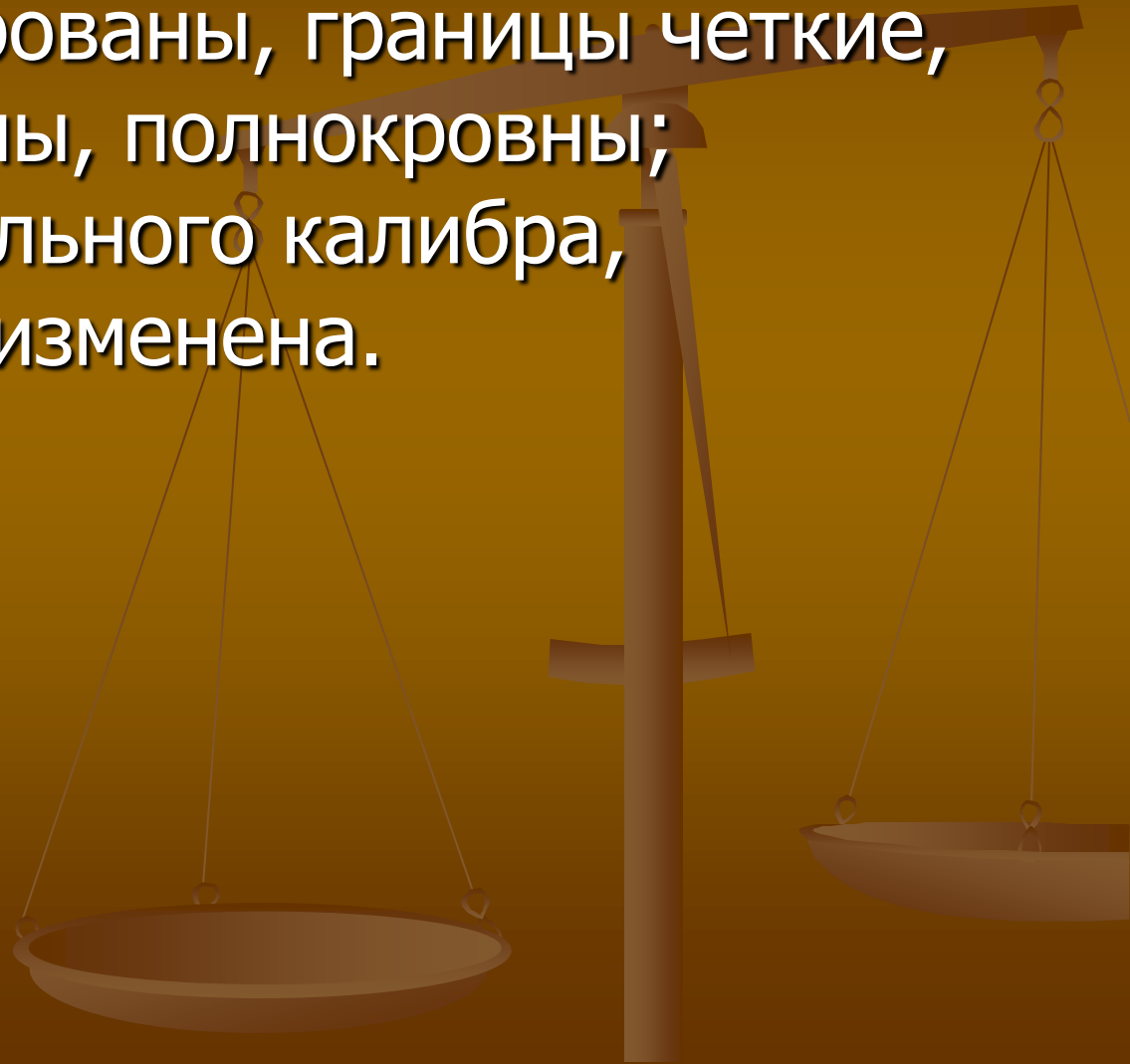
# Рентгенография черепа





# Осмотр окулиста

- ДЗН гиперемированы, границы четкие, вены расширены, полнокровны; артерии нормального калибра, периферия не изменена.



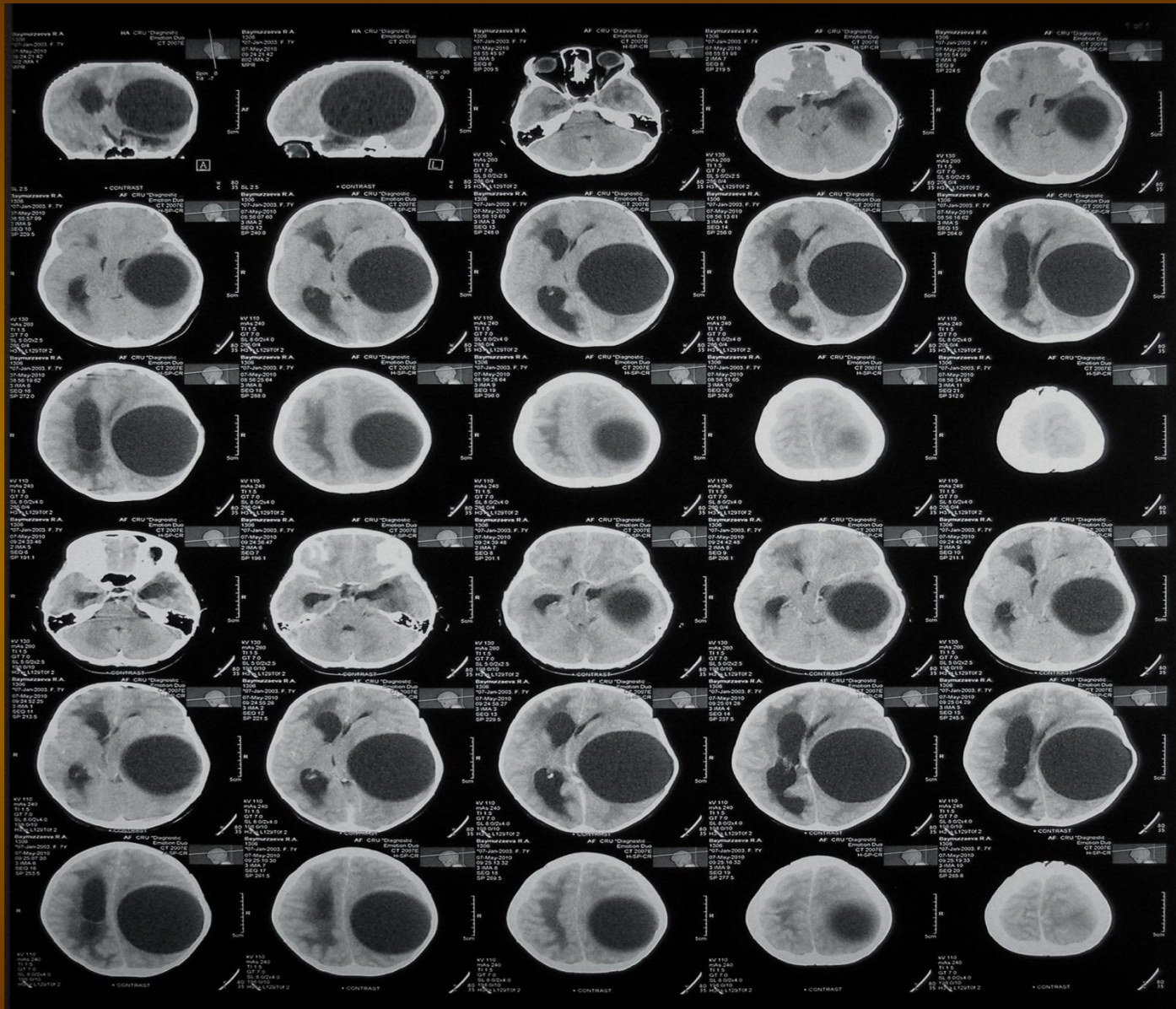
# Осмотр психиатра

- Контактирует адекватно. Речь фразовая, с умеренными дефектами произношения. Эмоционально несколько лабильная. Поведение соответствует возрасту. Интеллект сохранен. В настоящее время беспокоит головная боль, головокружение, слабость, плаксивость.
- **Диагноз: эмоционально лабильное (астеническое) состояние.**  
Рекомендовано: Магне В6 , лечение невролога.

# КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ головного мозга

- На серии КТ головного мозга получены изображения суб. и супратенториальных структур головного мозга.
- В левой височно-теменно-затылочной области определяется киста округлой формы, с четкими, ровными контурами, плотностью 4-5 едН, размером 94x89 мм, вызывает деформацию теменной кости, с ее выбуханием. Гомолатеральный боковой желудочек сдавлен, контрлатеральный расширен. Перифокальный отек вокруг кисты отсутствует.
- Срединные структуры смещены на уровне третьего желудочка слева направо на 16 мм.
- Базальные цистерны обычной конфигурации, не расширены.
- Ширина передних рогов боковых желудочков: справа-23 мм, слева-4 мм.
- Височные рога расширены: справа до 12 мм, слева до 13 мм.

- Ширина третьего желудочка- 3 мм.
- Четвертый желудочек обычной формы и размеров, расположен симметрично в центре ЗЧЯ.
- Наружные ликворные пространства сужены, борозды плохо прослеживаются.
- Турецкое седло обычной формы и размеров.
- Ретробульбарные пространства свободны. Зрительные нервы и их каналы без особенностей.
- Признаков объемного образования не выявлено.
- Костно-травматических и деструктивных изменений не определяется.
- **ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Киста левой височно-теменно-затылочной области (эхинококк?). Внутренняя асимметричная гидроцефалия. КТ признаки в/черепной гипертензии.**



# Консультация нейрохирурга

- у ребенка по данным КТ головного мозга объемное кистозное образование, занимающее больше половины левого полушария головного мозга. Киста напряженная, округлой формы, вызывает сдавление и дислокацию структур головного мозга. С целью проведения дифференциальной диагностики между внутримозговой кистой опухолевого генеза и паразитарным заболеванием (эхинококк) необходимо проведение компьютерной томографии головного мозга с внутривенным усилением (**омнипак**).

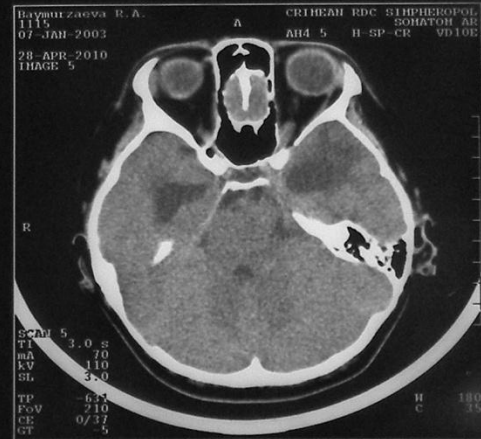
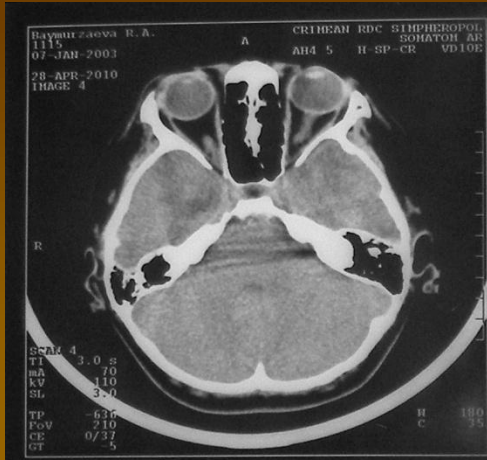


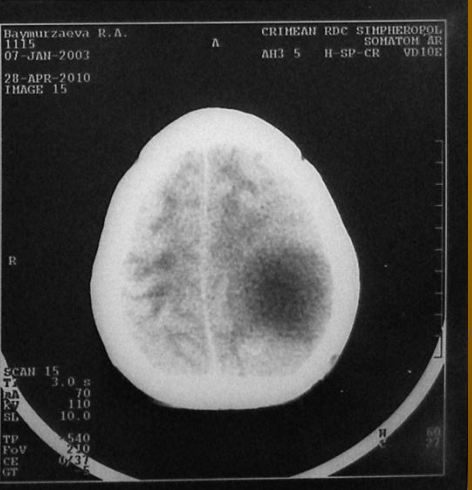
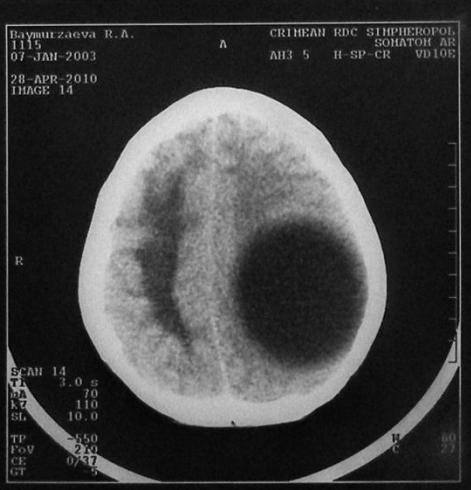
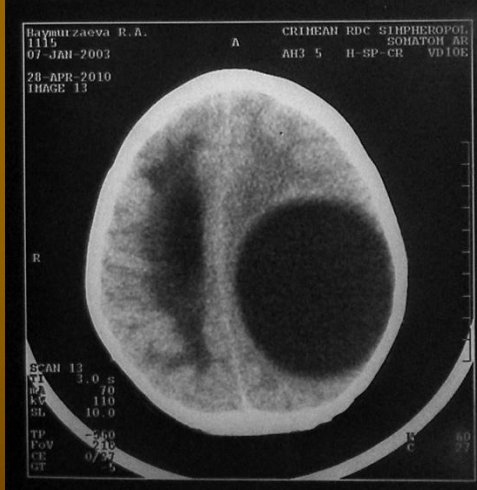
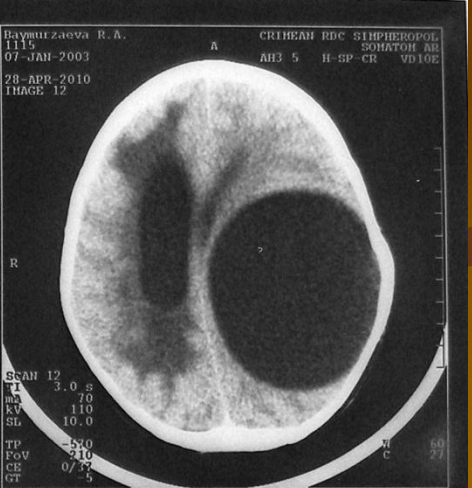
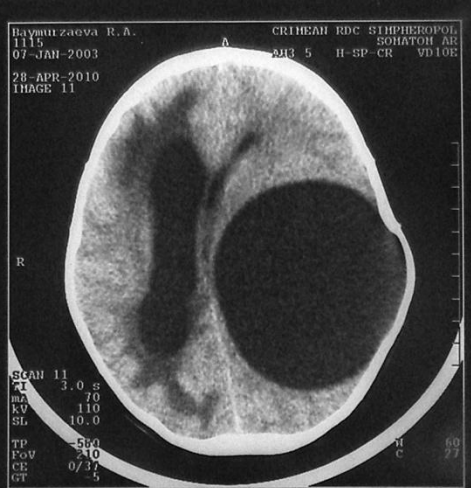
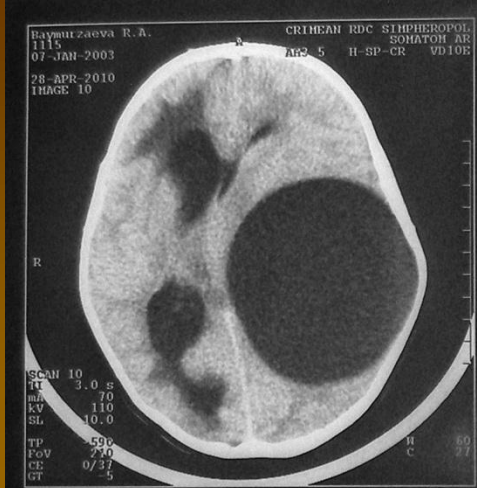
# Компьютерной томография головного мозга с внутривенным усилением

(омнипак).

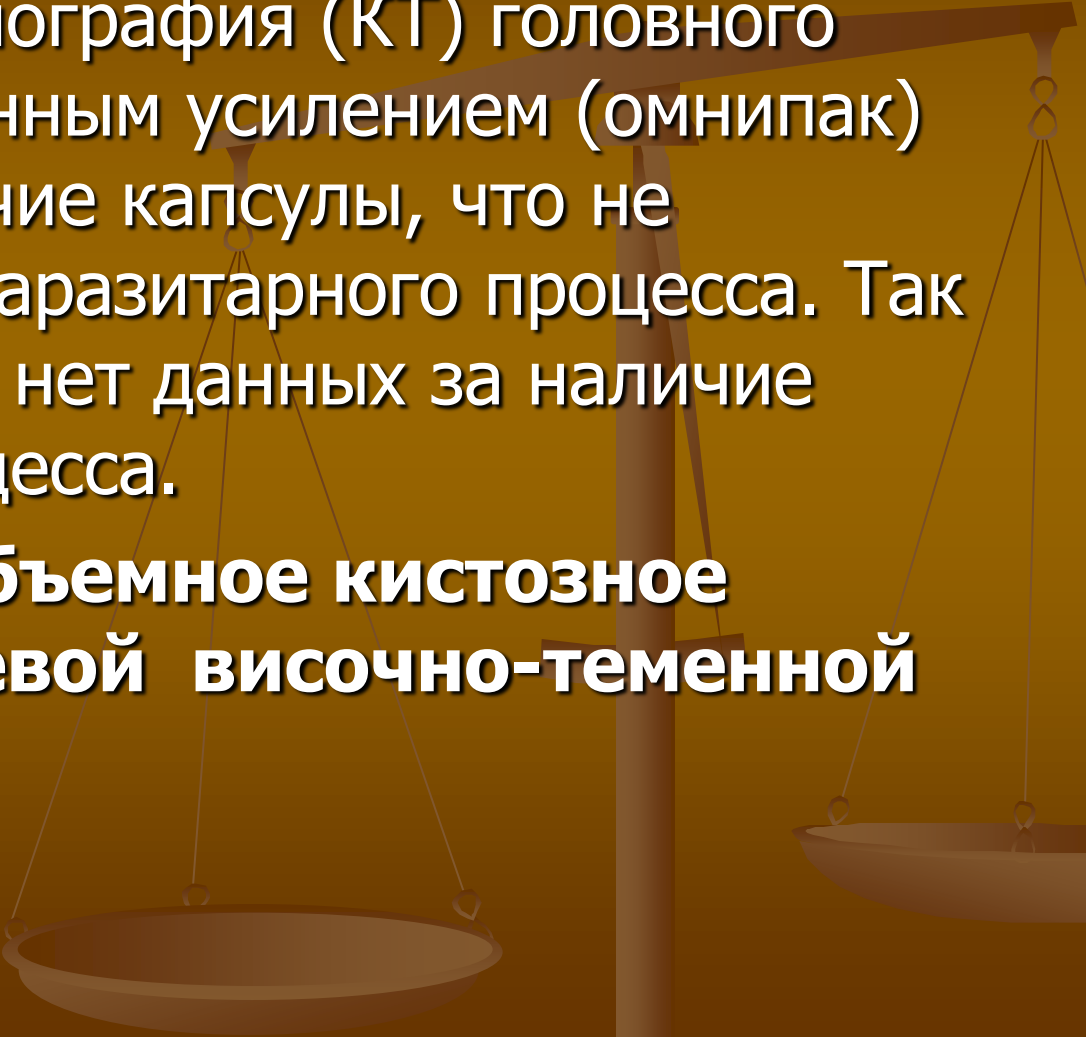
- На серии КТ головного мозга получены изображения суб. и супратенториальных структур головного мозга.
- В левой височно-теменно-затылочной области определяется киста плотностью
- 5 едН, с четкими, ровными контурами, округлой формы, размером 93x89 мм. Киста вызывает сдавление гомолатерального желудочка, оттесняет височный его рог кпереди и слева направо.
- Срединные структуры на этом уровне смещены слева направо на 17 мм. Теменная кость слева, на уровне кисты, деформирована, «выбухает». Перифокальный отек вокруг кисты отсутствует. **После в/в усиления участков патологического накопления контрастного вещества не выявлено.**

- Базальные цистерны обычной конфигурации, не расширены.
- Ширина передних рогов боковых желудочков: справа-22 мм, слева- 4 мм.
- Ширина третьего желудочка – 3 мм. Четвертый желудочек обычной формы и размеров, расположен симметрично в центре ЗЧЯ. Справа определяется снижение плотности белого вещества головного мозга до 14-18 едН, перивентрикулярно.
- Наружные ликворные пространства умеренно сужены.
- Турецкое седло обычной формы и размеров. Ретробульбарные пространства свободны. Зрительные нервы и их каналы без особенностей. Костно-деструктивных изменений не определяется.
- **ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Киста в левой височно-затылочной-теменной области. Внутренняя несимметричная гидроцефалия.**





- Состояние ребенка оставалось стабильным, без отрицательной динамики. Девочка периодически предъявляла жалобы на головные боли в лобной области, тошноту, рвоту. В результате обследования в неврологическом отделении было выявлено кистозное объемное образование левой височно-теменной области. Образование напряженное, округлой формы, смещает срединные структуры головного мозга вправо на 17 мм. Учитывая клинически компенсированную симптоматику на фоне смещения структур головного мозга до 17 мм можно предположить длительное, медленно прогрессирующее течение заболевания.

- 
- Компьютерная томография (КТ) головного мозга с внутривенным усилением (омнипак) не выявила наличие капсулы, что не характерно для паразитарного процесса. Так же по данным КТ нет данных за наличие опухолевого процесса.
  - **Заключение: объемное кистозное образование левой височно-теменной области.**

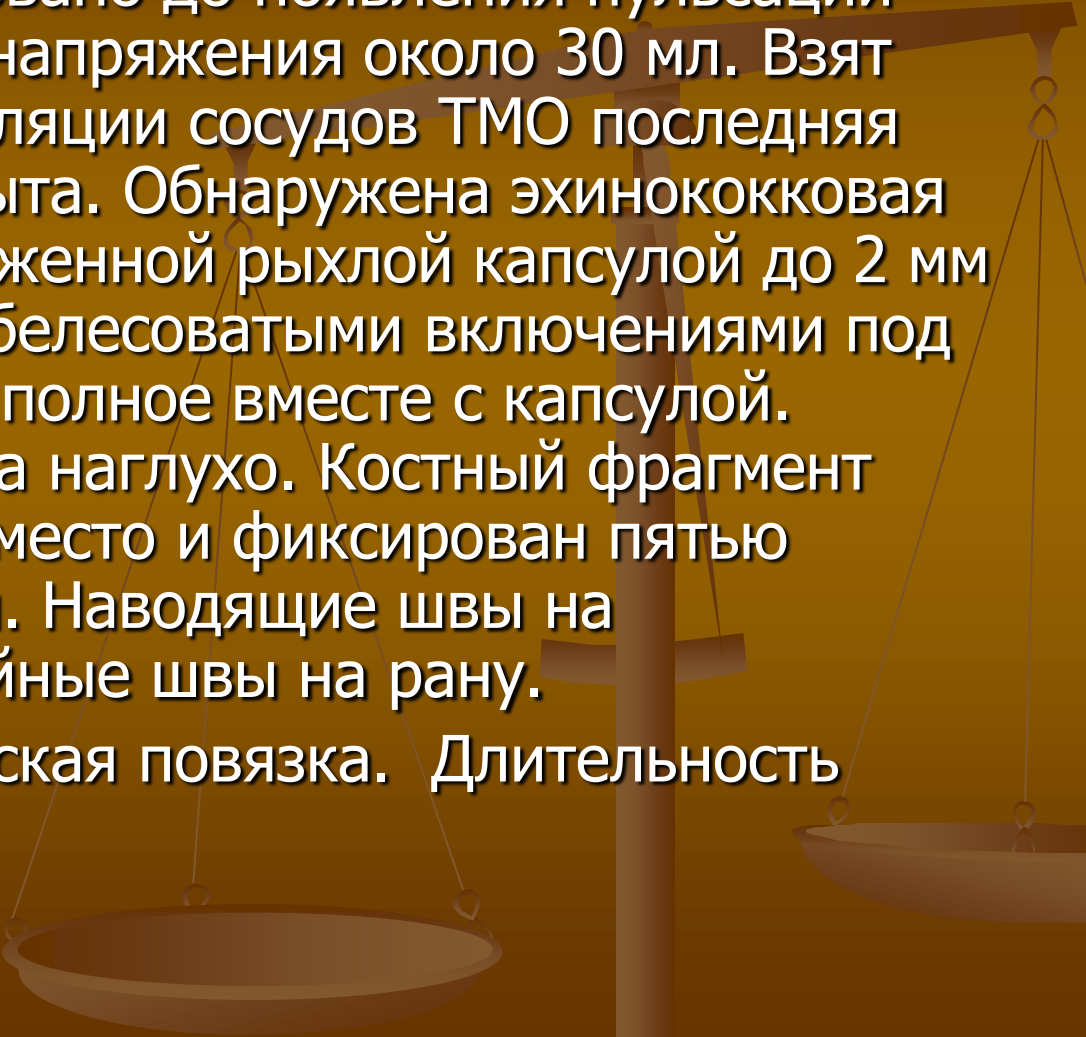
# Показания к операции

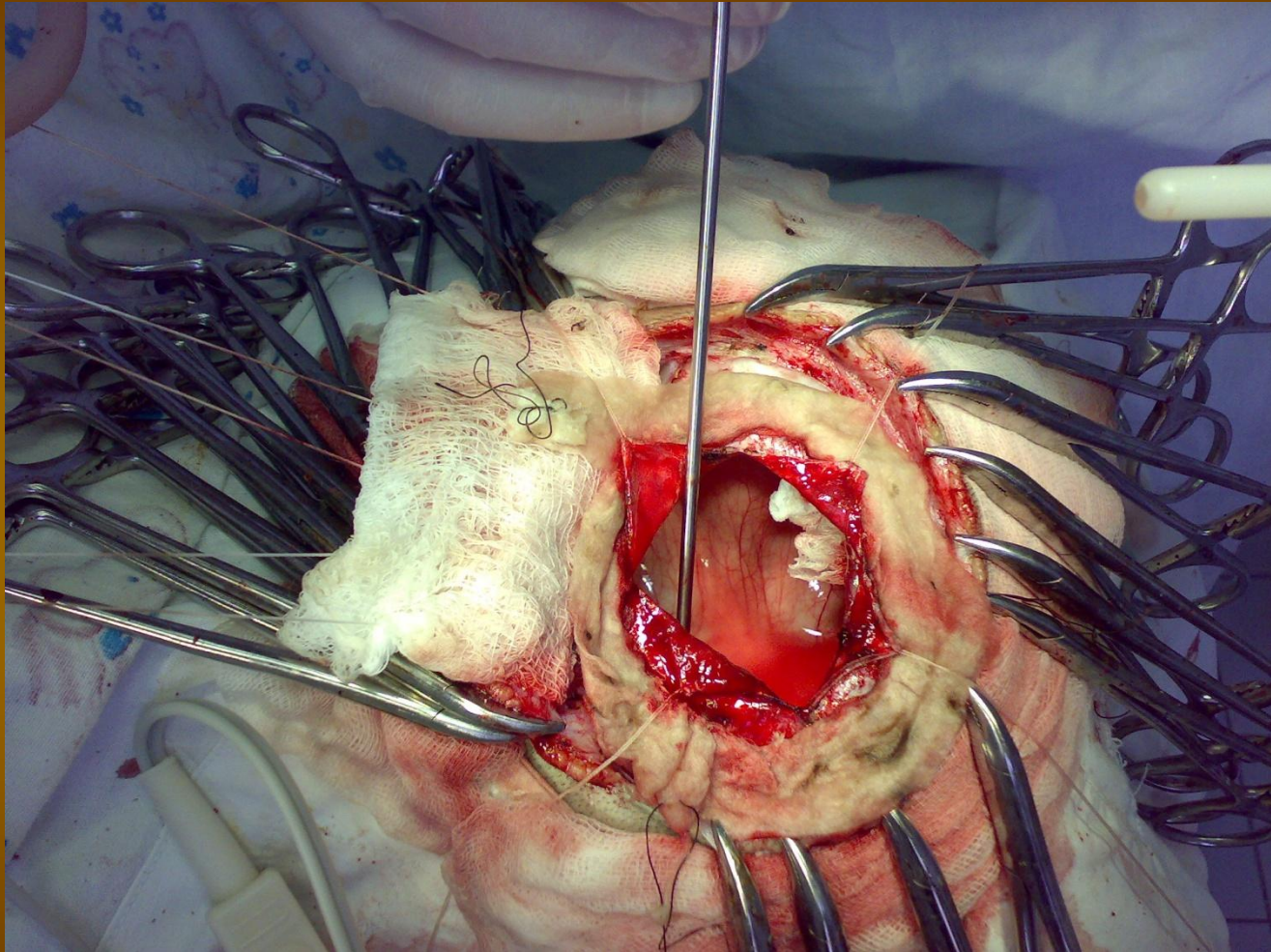
- наличие у ребенка объемного кистозного напряженного образования левой височно-теменной области, вызывающее сдавление вещества головного мозга, является показанием к проведению оперативного лечения. Планируется ревизия кистозной полости с последующим ее дренированием в субарахноидальное пространство. Противопоказаний нет. Согласие родителей получено.

# ПРОТОКОЛ ОПЕРАЦИИ

- **Костно-пластическая трепанация черепа в левой височно-теменной области. Тотальное удаление эхинококковой кисты.**
- Под внутривенным наркозом с интубацией и гидропрепаровкой физиологическим раствором произведен подковообразный разрез кожи и мягких тканей в левой височно-теменной области. Гемостаз. Скелетирована кость. Наложено 6 трепанационных отверстий в левой височно-теменной области и произведена костно-пластическая трепанация. Гемостаз. ТМО белесоватого цвета, бледная, выбухает и не передает пульсацию мозга, по центру спаяна с костью. Кость истончена до 2 мм в области максимального выбухания.



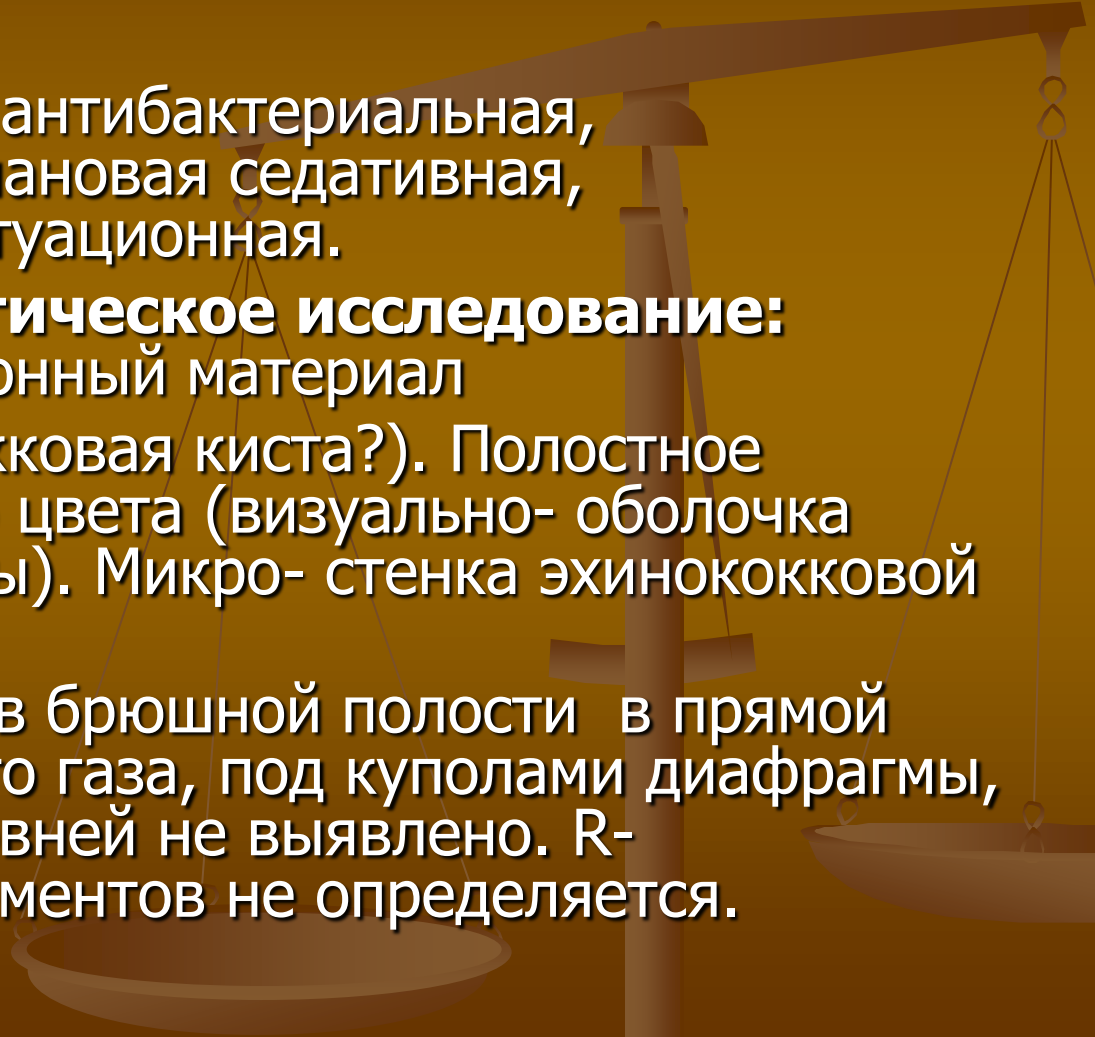
- 
- Проведена пункция кисты, получена под давлением бесцветная прозрачная жидкость, медленно под мандреном эвакуировано до появления пульсации ТМО и уменьшения напряжения около 30 мл. Взят анализ. После коагуляции сосудов ТМО последняя крестообразно вскрыта. Обнаружена эхинококковая киста со слабо выраженной рыхлой капсулой до 2 мм с мелкоточечными белесоватыми включениями под капсулой. Удаление полное вместе с капсулой. Гемостаз. ТМО ушита наглухо. Костный фрагмент установлен на свое место и фиксирован пятью капроновыми швами. Наводящие швы на надкостницу. Послойные швы на рану.
  - Спиртовая асептическая повязка. Длительность операции 3 часа.







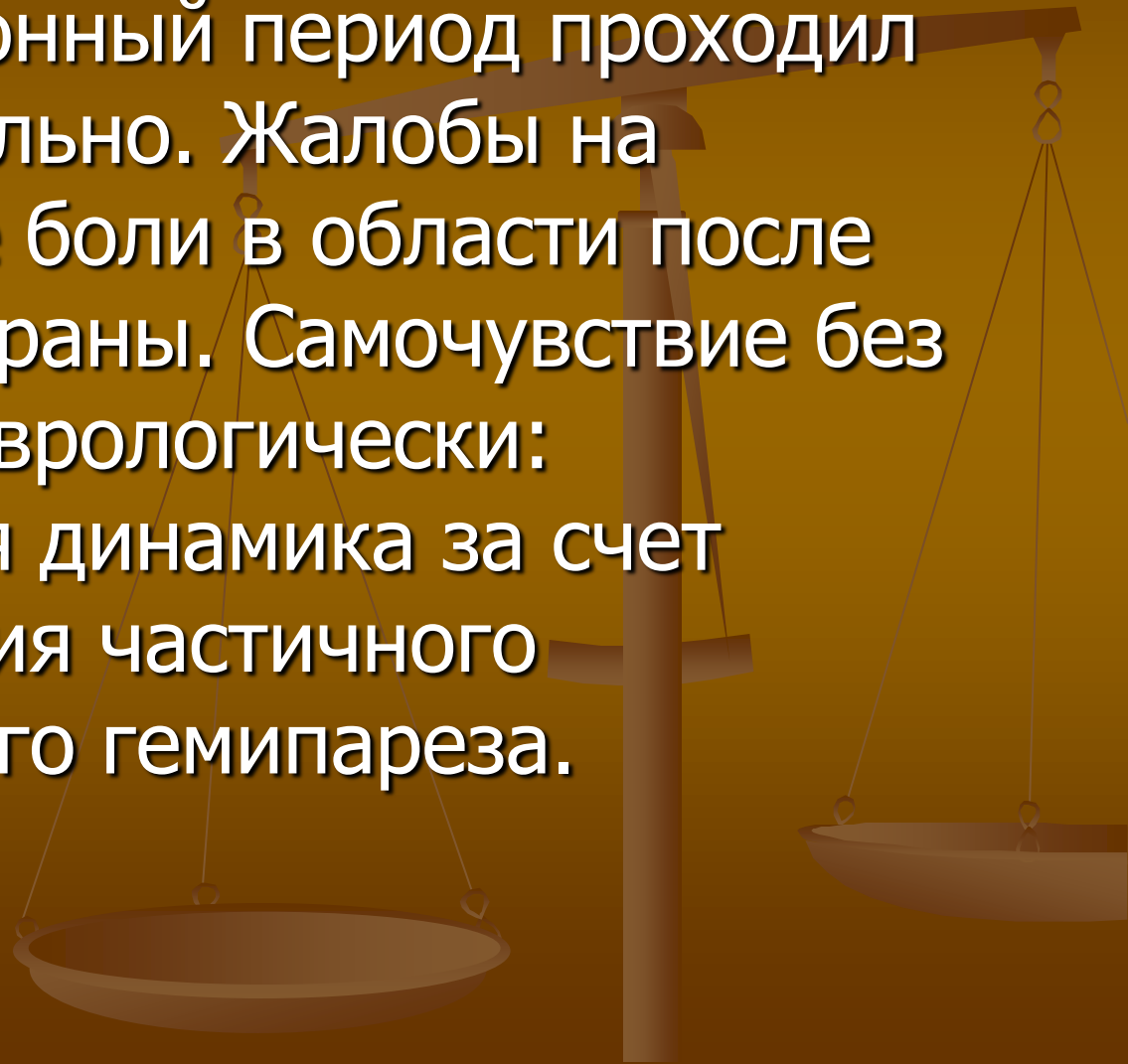
# ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ДИАГНОЗ- Внутричерепная эхинококковая киста левой височно-теменной области

- **В плане терапии-** антибактериальная, гемостатическая, плановая седативная, противоотечная, ситуационная.
  - **Патологогистологическое исследование:** направлен операционный материал
  - (оболочка, эхинококковая киста?). Полостное образование белого цвета (визуально- оболочка эхинококковой кисты). Микро- стенка эхинококковой кисты.
  - На R-грамме органов брюшной полости в прямой проекции свободного газа, под куполами диафрагмы, горизонтальных уровней не выявлено. R-контрастных конкрементов не определяется.
- 

- **Диагноз клинический основной-**  
внутричерепная эхинококковая киста  
левой височно-теменной области.

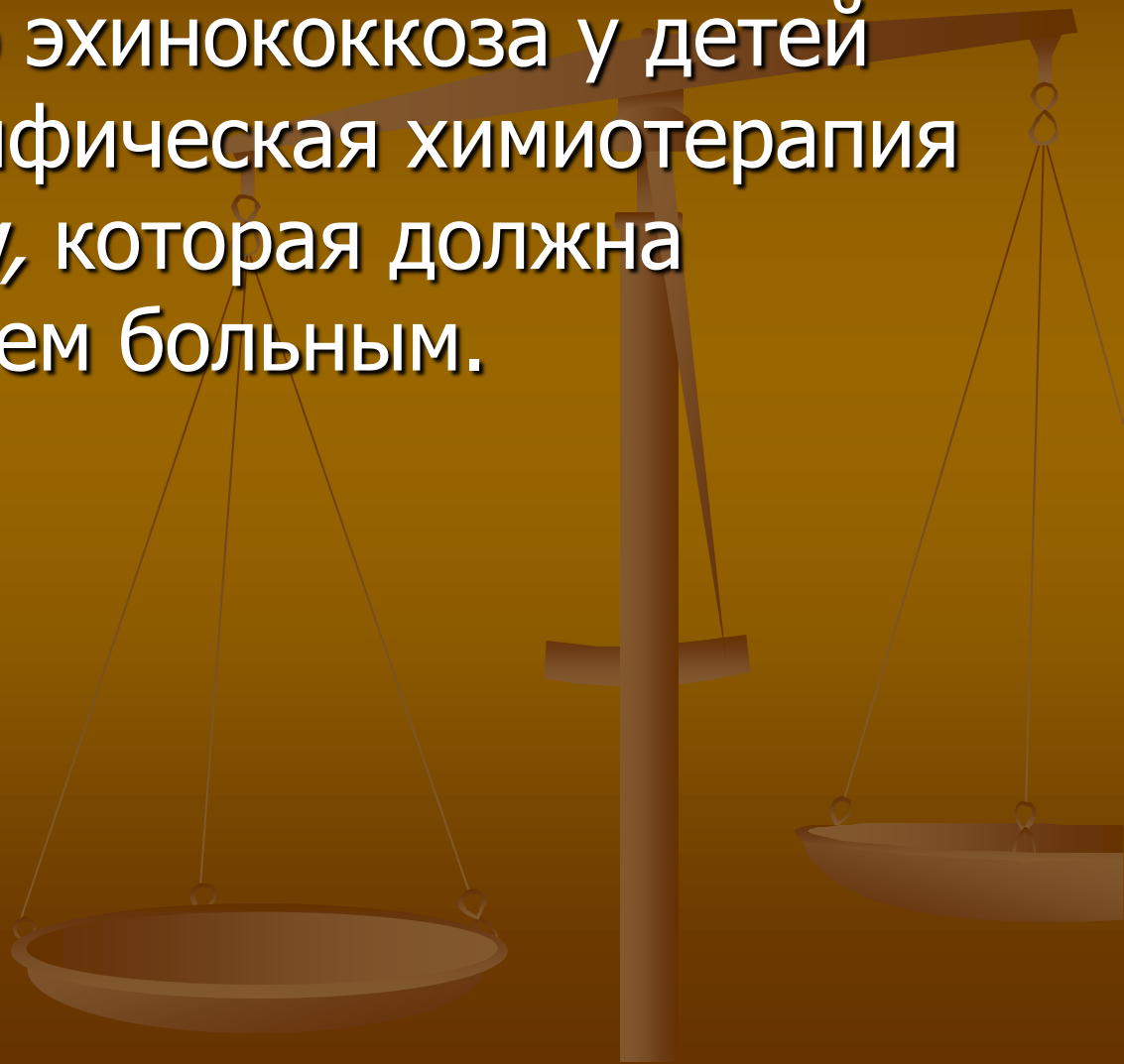


- Послеоперационный период проходил удовлетворительно. Жалобы на периодические боли в области после операционной раны. Самочувствие без ухудшений. Неврологически: положительная динамика за счет регрессирования частичного правостороннего гемипареза.



# Лечение

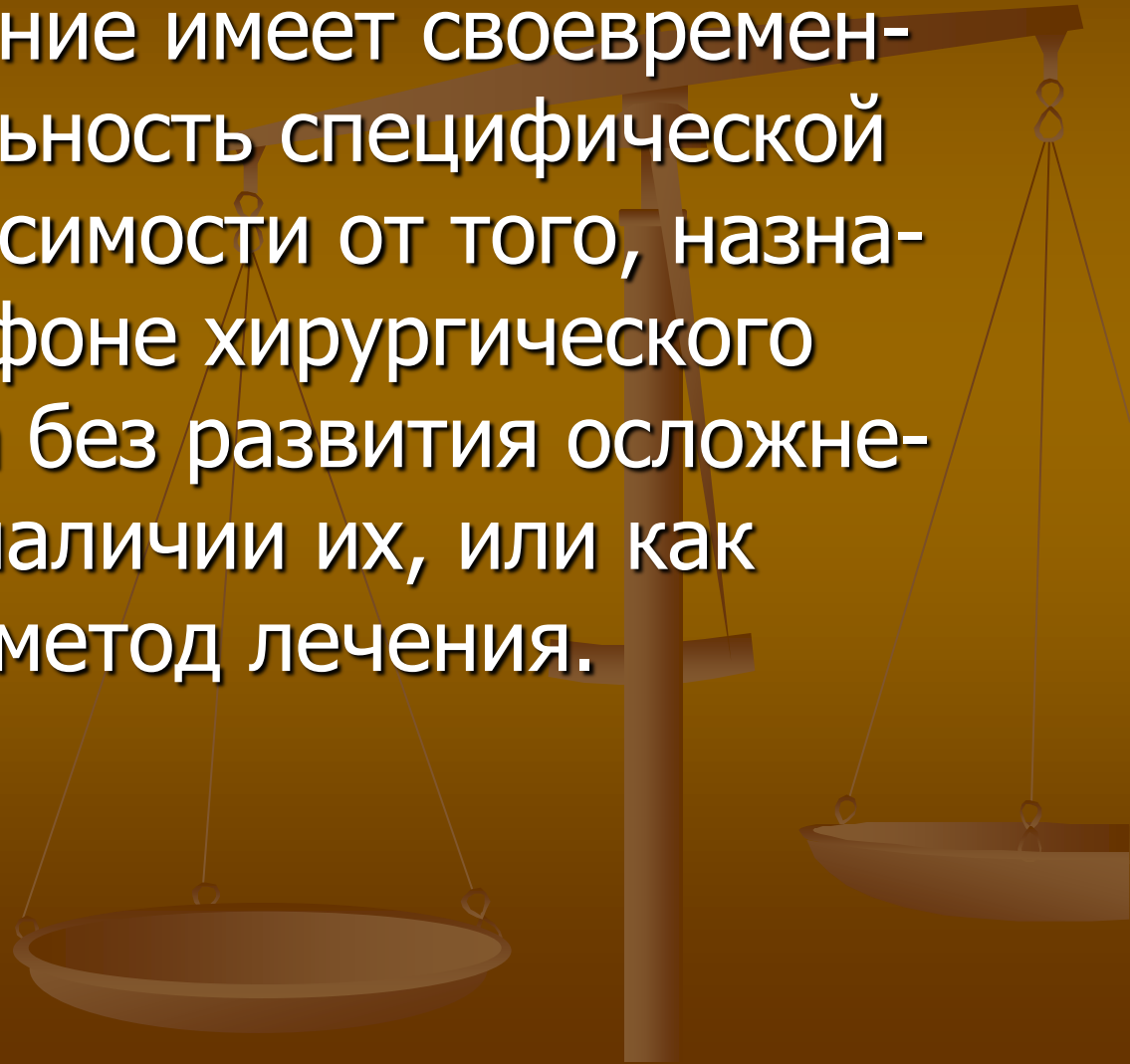
- важнейшим фактором успешного лечения кистозного эхинококкоза у детей является специфическая химиотерапия *альбендазолом*, которая должна назначаться всем больным.





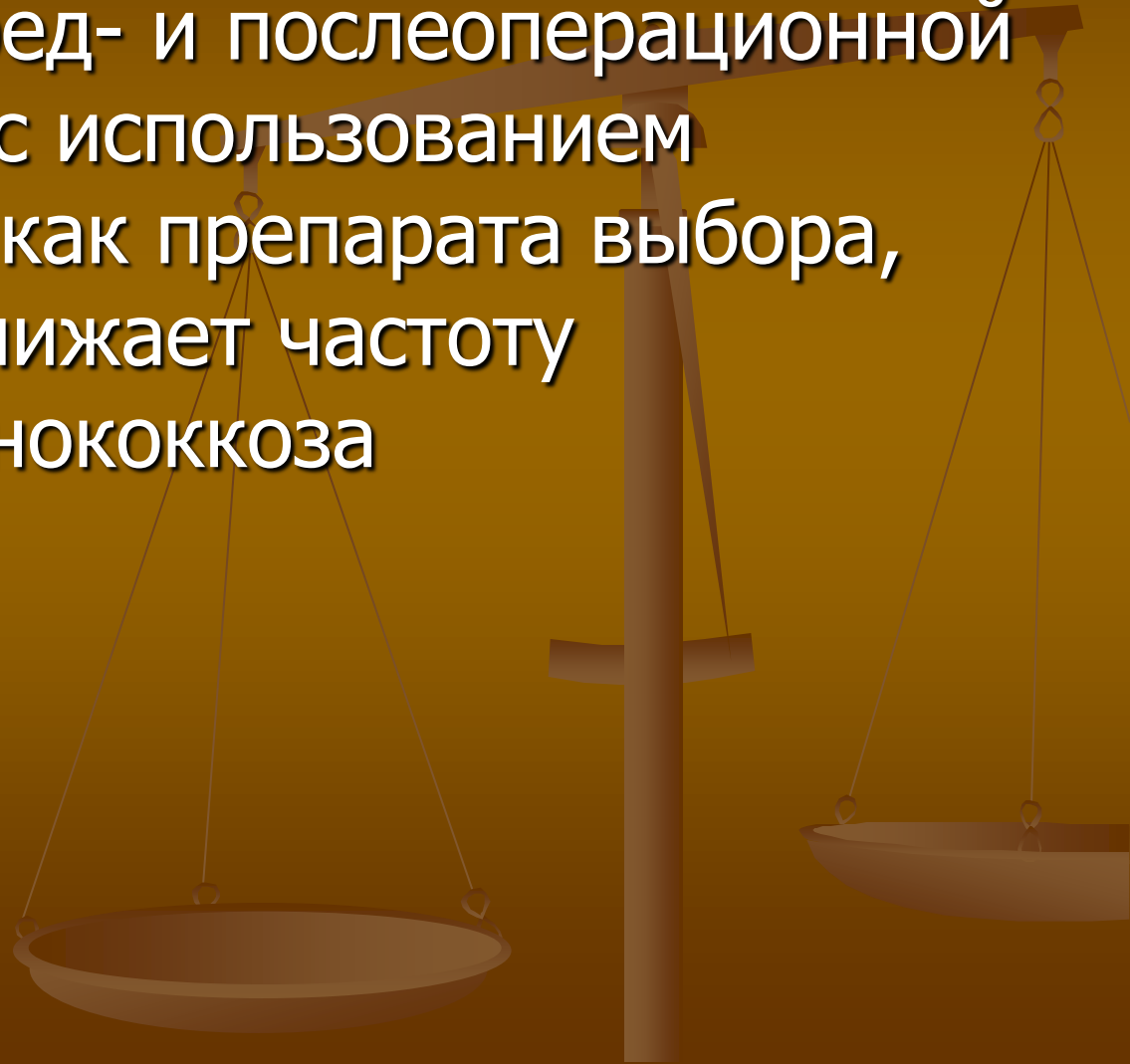
# ЛЕЧЕНИЕ

- Большое значение имеет своевременность и длительность специфической терапии в зависимости от того, назначается она на фоне хирургического вмешательства без развития осложнений либо при наличии их, или как единственный метод лечения.



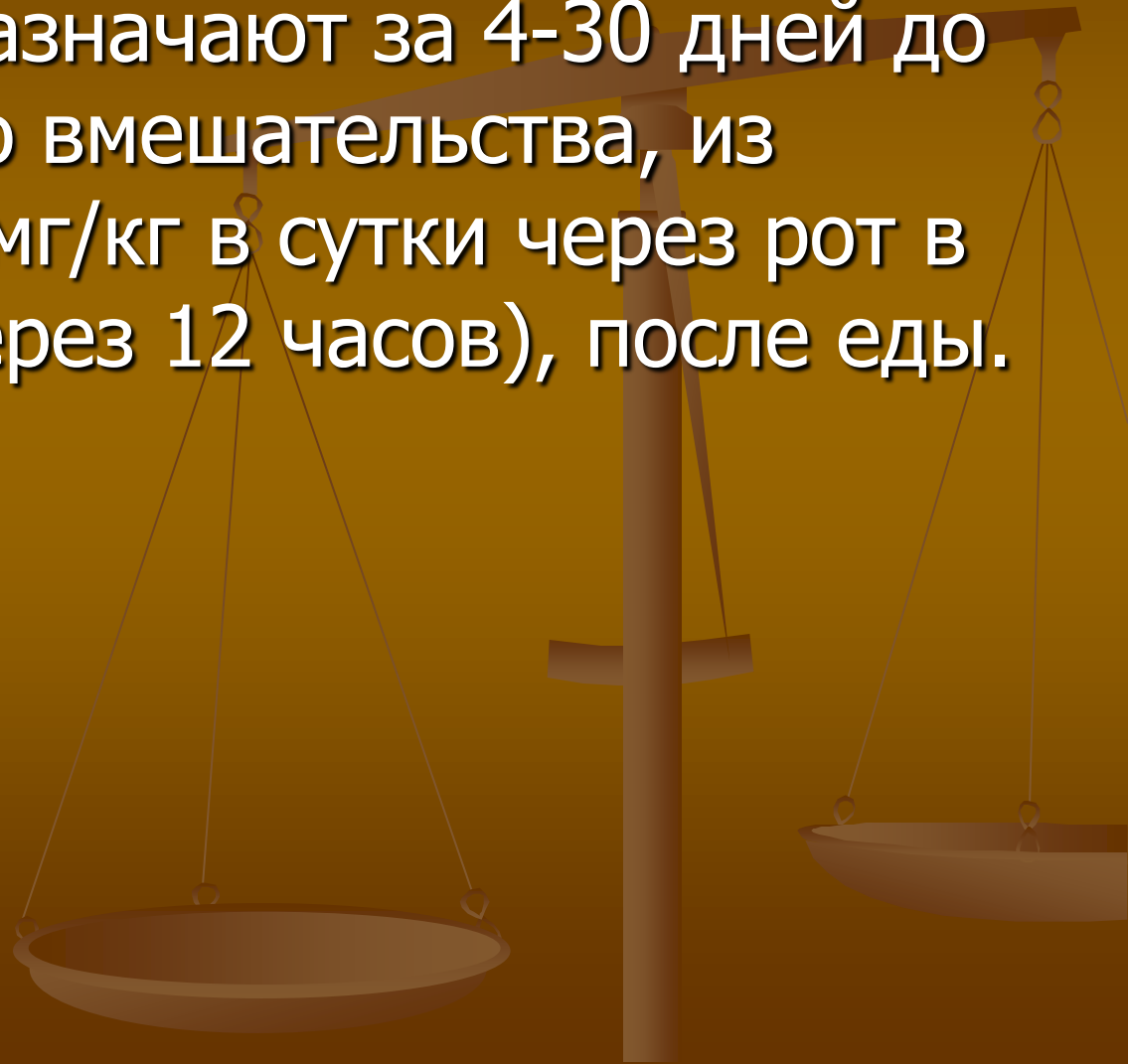
# ЛЕЧЕНИЕ

- применение пред- и послеоперационной химиотерапии с использованием *альбендазола*, как препарата выбора, значительно снижает частоту рецидивов эхинококкоза



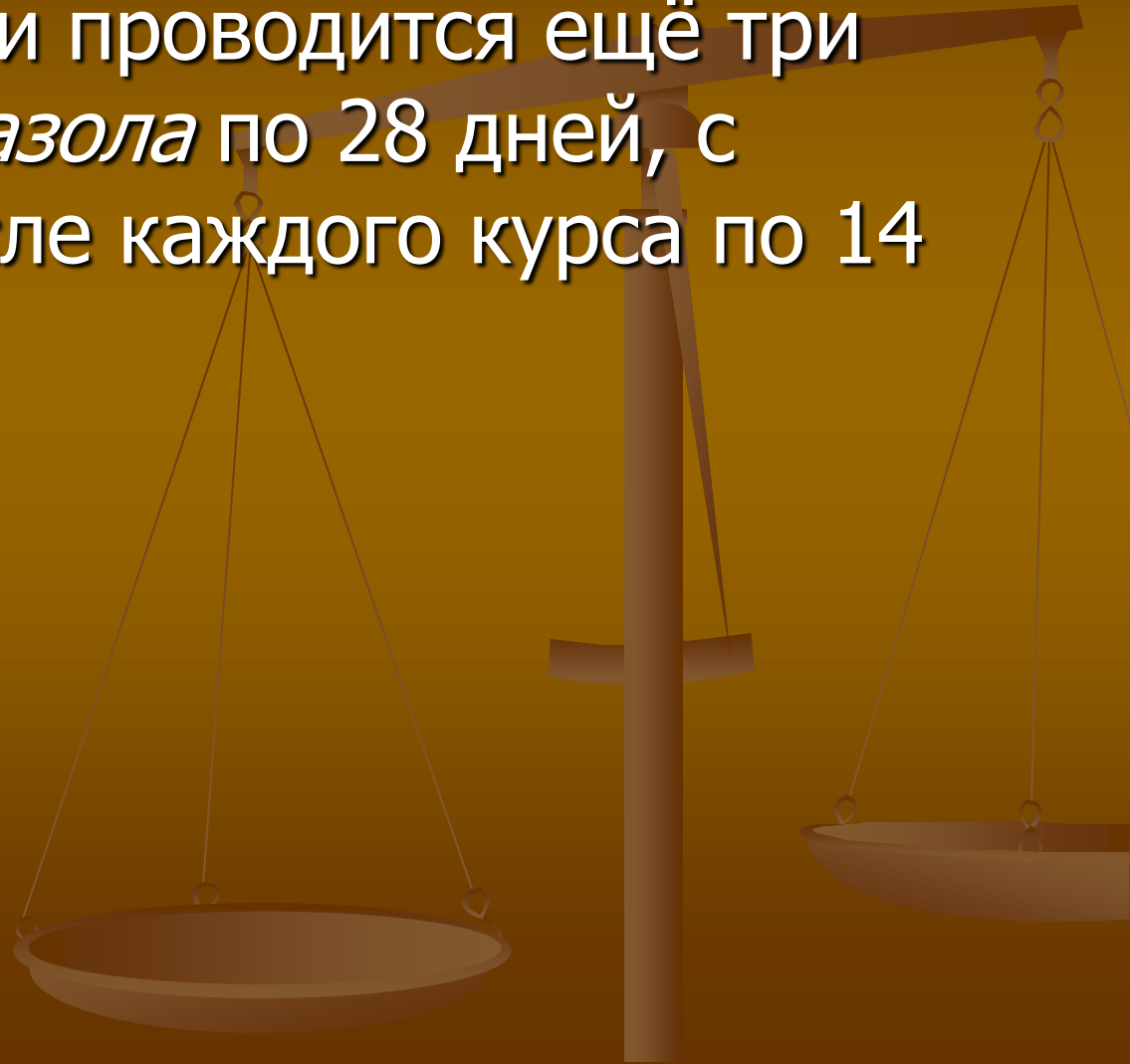
# ЛЕЧЕНИЕ

- альбендазол назначают за 4-30 дней до хирургического вмешательства, из расчёта 10-15 мг/кг в сутки через рот в два приёма (через 12 часов), после еды.



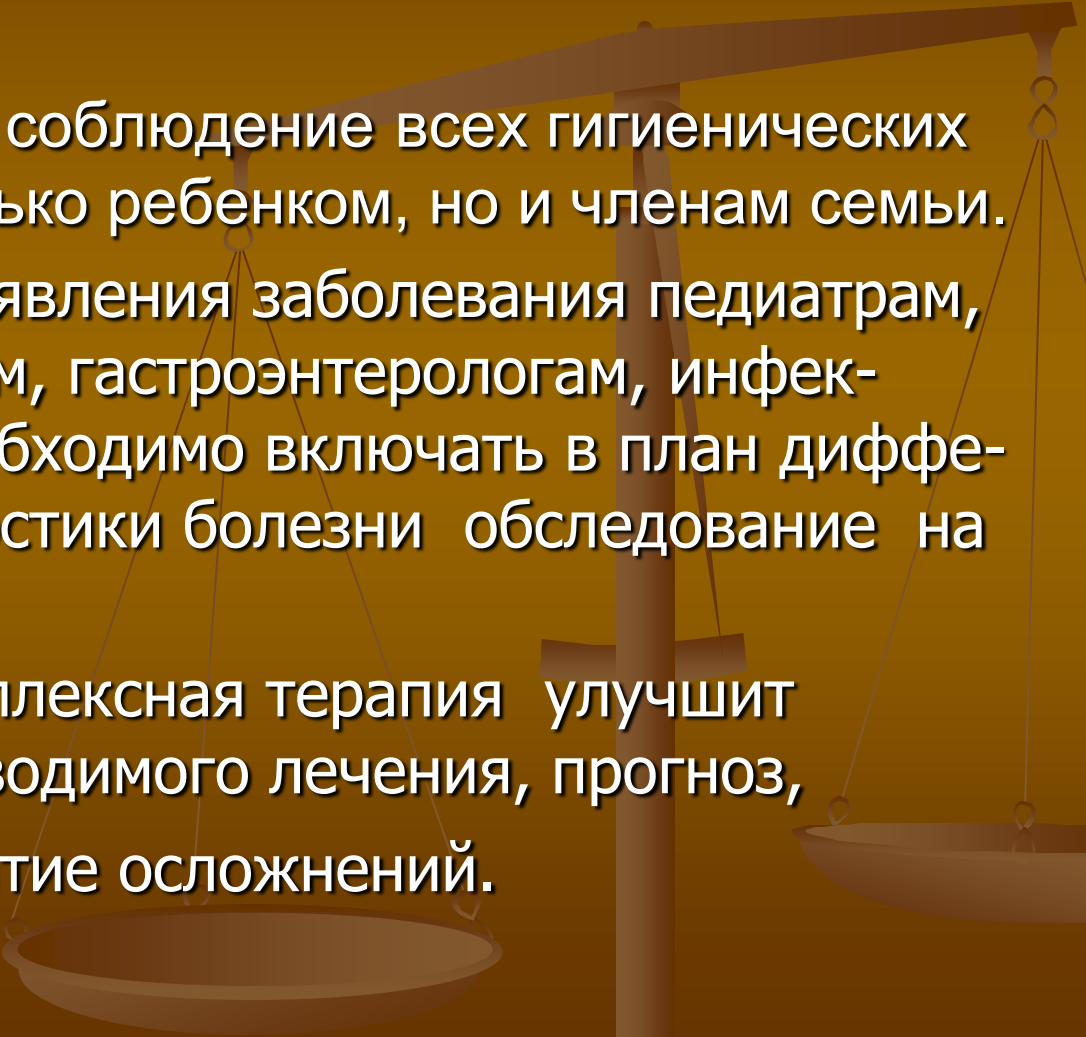
# ЛЕЧЕНИЕ

- После операции проводится ещё три курса *альбендазола* по 28 дней, с перерывом после каждого курса по 14 дней



# ЛЕЧЕНИЕ

- Если операция не радикальная или проводится на фоне разрыва кисты, а также в случае вторичного эхинококкоза, помимо обязательного предоперационного курса необходимо продолжать лечение *альбендазолом* в течение *6-12 месяцев*, для предупреждения развития рецидива.

- 
- - **Выводы.** На территории Республики Крым регистрируются случаи паразитарных заболеваний у детей.
  - Крайне необходимо соблюдение всех гигиенических мероприятий не только ребенком, но и членам семьи.
  - С целью раннего выявления заболевания педиатрам, детским кардиологам, гастроэнтерологам, инфекционистам и др. необходимо включать в план дифференциальной диагностики болезни обследование на гельминты.
  - Своевременная комплексная терапия улучшит эффективность проводимого лечения, прогноз, минимизирует развитие осложнений.