

При выявлении заражения эхинококками одного органа существует большая вероятность поражения и других органов, поэтому обследование должно носить комплексный характер. Возможно проведение чреспищеводной ЭхоКТ, она особенно информативна при множественном поражении. Важным этапом диагностики является сдача крови для серологического исследования на наличие маркеров эхинококкового поражения [6].

Лечение. Пациенты обращаются к кардиохирургу на следующих стадиях развития паразита: киста уже выросла и начала мешать нормальной работе сердца; киста уже разорвалась в полости перикарда. Наличие сердечного эхинококкоза также может быть выявлено при обследовании пациента с уже имеющимися эхинококками в других органах [2, 4, 5]. Лечение эхинококкоза сердца – хирургическое, в основном выполняют энуклеацию хитиновой оболочки с сохранением фиброзной капсулы. Операцию проводят с искусственным кровообращением с остановкой сердца, для предотвращения попадания сколексов в кровоток. После энуклеации фиброзная капсула подвергается обработке антисептическим раствором (например, гипертоническим 3% хлоридом натрия или йодопирином), что позволяет снизить риск рецидива эхинококкоза [4, 6, 7].

Профилактическими мерами для предотвращения попадания эхинококка в организм являются тщательное мытье и обработка рук после соприкосновения с разными видами животных, употребление в пищу только проверенное мясо животного, у которого не были обнаружены эхинококковые кисты, предотвращение распространения экскрементов домашних животных, употребление только чистой воды, тщательное мытье овощей и фруктов [1, 3, 4].

Заключение. Эхинококкоз сердца – это редкое, но при отсутствии хирургического вмешательства, потенциально смертельное заболевание. Данный гельминтоз может проявляться опасными для жизни осложнениями, например, симптомами сердечной недостаточности, а может и вовсе не отражаться, в таком случае наличие эхинококкоза сердца может быть выявлено только с использованием средств медицинской диагностики. Лечение кардиального эхинококкоза исключительно хирургическое [1, 2].

Список литературы

1. Аваков В.Е., Назырова Л.А., Абдумажидов Х.А. Эхинококкоз сердца // Вестник экстренной медицины. 2011. № 1. С. 70–73.
2. Аминов В.В., Терещенко Д.Р., Игнатов Е.В. Случай хирургического лечения эхинококкоза сердца // Патология кровообращения и кардиохирургия. 2013. № 3 (17). С. 58–60.
3. Еловский Д.А., Аминов В.В., Белов Д.В. Эхинококкоз Сердца // Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. 2019. № 2 (25) (1). С. 40–42.
4. Маликова М.С., Фролова Ю.В., Раскин В.В. Внутрисердечный эхинококкоз // Российский кардиологический журнал. 2015. № 9 (20). С. 7–10.

5. Черникова Е.А., Ермакова Л.А., Козлов С.С. Эхинококкозы: подходы к лечению // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. 2014. № 1. С. 52–56.

6. Kahlfuß S. [и др.]. Diagnosis and treatment of cardiac echinococcosis // Heart (British Cardiac Society). 2016. № 17 (102). С. 1348–1353.

7. Wadhawa V. [и др.]. Surgical overview of cardiac echinococcosis: a rare entity // Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery. 2018. № 2 (27). С. 191–197.

РОЛЬ ИКСОДОВЫХ КЛЕЩЕЙ В РАЗВИТИИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ЧЕЛОВЕКА

Божева А.М., Возгорькова Е.О.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. Сеченова
Минздрава России (Сеченовский Университет),
Ресурсный центр «Медицинский Сеченовский
Предуниверсарий», Москва,
e-mail: aisha.bozheva@mail.ru

В настоящее время иксодовые клещи являются переносчиками ряда заболеваний, таких как клещевой вирусный энцефалит, клещевой сыпной тиф, иксодовый клещевой боррелиоз, клещевой гранулоцитарный анаплазмоз человека. В данной статье представлена общая характеристика современного эпидемического проявления инфекций, передающихся иксодовыми клещами. Клещевой боррелиоз и клещевой энцефалит являются болезнями природно-очагового характера. Заболевание клещевым энцефалитом проявляется в различных формах: лихорадочной, менингеальной и менингоэнцефалитической очаговой. При двух первых формах болезнь проходит с благоприятным течением. При менингоэнцефалитической – возможны летальные исходы [1]. Заболевание клещевым боррелиозом может протекать в двух формах: манифестной и латентной [5].

В связи с большим распространением болезней, переносчиками которых являются иксодовые клещи, необходимо проведение профилактических мероприятий, в целях просвещения и обучения населения. Для клещевого энцефалита характерна как неспецифическая, так и специфическая профилактика. Но стоит отметить, что в борьбе с клещевым боррелиозом вакцина все еще не создана. Таким образом, актуальным является изучение патологических состояний человека, вызываемых иксодовыми клещами, для опознания болезни и быстрой помощи при обнаружении факта заражения.

С давних времен люди болеют различными заболеваниями, переносчиками которых являются иксодовые клещи. Иксодовые клещи (Ixodidae) – семейство клещей отряда Ixodida. Насчитывается около 650 видов. Среди них есть опасные кровососы и переносчики клещевого энцефалита и клещевого боррелиоза. Распространение болезней, вызываемых иксодовыми клещами, объясняется разнообразием этих клещей и большим ареалом их распространения. Они встречаются во всех природных и клима-

тических зонах мира, но наибольшее видовое разнообразие наблюдается в тропических и субтропических странах. В Российской Федерации обитают иксодовые клещи 6 родов: *Boophilus*, *Dermacentor*, *Haemaphysalis*, *Hyalomma*, *Ixodes*, *Rhipicephalus* [6].

Клещевой энцефалит – природно-очаговое вирусное заболевание, поражающее центральную нервную систему. Наиболее часто люди заражаются клещевым энцефалитом трансмиссивным путем через укус зараженного клеща. Оральный путь заражения также возможен при употреблении в пищу сырого козьего или коровьего молока.

Клещевой боррелиоз – инфекционное заболевание, передающееся через укус иксодового клеща. Болезнь еще называют «болезнью Лайма» [4].

Цель исследования

Целью данной работы было изучение современных литературных данных, описывающих особенности патогенеза и клиническую симптоматику заболеваний, переносчиками которых являются иксодовые клещи.

Материалы и методы исследования

Для реализации поставленной цели нами был использован метод анализа и мониторинг научных статей в периодических изданиях.

Результаты исследования и их обсуждение

Работы многих авторов свидетельствуют о том, что инкубационный период клещевого энцефалита составляет от 8 до 23 дней [1]. Симптомами заболевания являются слабость, головная боль, тошнота, нарушение сна. Болезнь чаще всего начинается с озноба и повышения температуры до 38-40 °С. В остром периоде отмечается гиперемия кожи лица, шеи и груди, слизистой оболочки ротоглотки. Могут проявляться мышечные боли, особенно сильные в группах мышц, в которых в дальнейшем возникают парезы и параличи. При запуске болезни может развиваться помрачение сознания и оглушенность, усиление которых может достигать степени комы. Однако чаще всего болезнь проходит в легкой форме с коротким лихорадочным периодом [2].

У человека выделяют три основные клинические формы клещевого энцефалита: лихорадочную, менингеальную и очаговую менингоэнцефалитическую.

Лихорадочная: при этой форме болезнь проходит легко с быстрым выздоровлением. Продолжительность лихорадки составляет 3-5 дней. Клиническим проявлением является головная боль, слабость, тошнота.

Менингеальная форма – наиболее частая форма клещевого энцефалита. При данной форме наблюдается головная боль, усиливающаяся при малейшем движении головы, также тош-

нота, боль в глазах, светобоязнь. Определяются ригидность мышц затылка. Все эти симптомы держатся на протяжении всего лихорадочного периода. Внутричерепное давление повышено. Длительность лихорадки – 7-14 дней.

Менингоэнцефалитическая очаговая форма протекает тяжело и в большинстве случаев смертельно. Клиническими характеристиками этой формы являются вялость, заторможенность, сильная головная боль, тошнота и рвота. Нередко наблюдаются бред, галлюцинации. В спинномозговой жидкости в остром периоде отмечается лимфоцитоз и повышенное содержание белка. После острого клещевого энцефалита очаговой формы время выздоровления составляет до 2 лет. Атрофические параличи мышц, возникшие в результате очаговой формы, восстанавливаются частично [1].

Профилактикой клещевого энцефалита является, прежде всего, использование очищенных инактивированных вакцин. Также действенной специфической профилактической мерой является экстренная иммуноглобулин профилактика лиц, подвергшихся нападению иксодовых клещей, если она проводится в течении 2-3 дней после укуса [2].

Патологическое влияние на человека также оказывает болезнь, передающаяся иксодовыми клещами, которая имеет название иксодовый клещевой боррелиоз (ИКБ) или «болезнь Лайма». Передача возбудителей клещевого боррелиоза от клеща человеку происходит трансмиссивным путем. При укусе клещ впрыскивает слюну, в которой содержатся возбудители различных инфекций, в том числе ИКБ.

Клиническое проявление клещевых боррелиозов характеризуется полиморфизмом симптомов, часто имеющие хроническое течение. При данной болезни поражаются кожные покровы, опорно-двигательный аппарат, нервная и сердечно-сосудистая система. Заболевание ИКБ разделяют на 2 формы: манифестная и латентная.

Манифестная форма может быть по течению болезни: острая – продолжаться до 3 месяцев, подострой – от 3 до 6 месяцев, хронической – симптомы сохраняются более 6 месяцев. Последствия боррелиоза наступают, если болезнь не лечится и переходит во вторую и третью стадии. В таких случаях проявляются хронические поражения нервной и сердечно-сосудистой системы. При наступлении 3-ей стадии характерным последствием является воспаление суставов (Лайм-артриты). Запущенная болезнь может привести к летальному исходу или тяжелой инвалидности пациента [5].

На сегодняшний день диагностировать болезнь Лайма можно благодаря методам, проявляющим возбудителя напрямую: микроскопический, молекулярно-генетический [3, 5].

Специфической профилактики клещевого боррелиоза в настоящее время нет. Вакцина

против этого заболевания еще не разработана. Поэтому следует придерживаться неспецифических мер профилактики.

Основные профилактические мероприятия: в лес необходимо надевать защитную одежду, полностью закрывающую ваше тело; на одежду можно нанести средства от насекомых; при прикреплении клеща на кожу, его надо аккуратно удалить с помощью пинцета, скручивающими движениями за головку.

Заключение

Таким образом, анализ данных литературы свидетельствует об огромной роли иксодовых клещей в развитии патологических состояний у человека. Важность изучения болезней, передающихся иксодовыми клещами, заключается в том, что они являются природно-очаговыми и их ареал распространения огромен. В результате это вызывает необходимость оповещения и обучения людей правилам личной профилактики, которые могут стать решающими в процессе предотвращения заражения данными болезнями.

Список литературы

1. Гайворонская А.Г., Галицкая М.Г., Намазова-Баранова Л.С. Этиология, клинические проявления, лечение и профилактика клещевого энцефалита // Педиатрическая фармакология. 2013. № 2. С. 34–39.
2. Злобин В.И., Малов И.В. Клещевой энцефалит в Российской Федерации: этиология, эпидемиология и стратегия профилактики // Terra medica nova. 2010. № 2. С. 13–21.
3. Конькова-Рейдман А.Б., Тер-Багдасарян Л.В. Современные аспекты эпидемиологии инфекций, передающихся иксодовыми клещами // Эпидемиология и инфекционные болезни. 2014. № 5. С. 26–31.
4. Коренберг Э.И. Инфекции, передающиеся иксодовыми клещами в лесной зоне, и стратегия их профилактики: изменение приоритетов // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2013. № 5 (72). С. 7–17.
5. Лубова В.А., Леонова Г.Н. Иксодовые клещевые боррелиозы (вопросы истории) // Здоровье. Медицинская экология. Наука. 2016. № 2 (65). С. 43–49.
6. Цапко Н.В. Список видов иксодовых клещей (Acari: Ixodidae) России // Паразитология. 2020. Т. 54. № 4. С. 341–352.

ЦИСТНЫТНЫЙ ЭХИНОКОККОЗ – ОПАСНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ЧЕЛОВЕКА

Журавлева М.О., Возгорькова Е.О.

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
Минздрава России (Сеченовский Университет)
Ресурсный центр «Медицинский Сеченовский
Предуниверсарий», Москва,
e-mail: zhuravleva.rita2235@yandex.ru*

Эхинококкоз является одним из самых значимых и широко распространенных гельминтозов животных и человека в мире, наносящих урон как животноводческой отрасли, так и здоровью населения, осложняя эпидемиологическую ситуацию. Изначально распространенный среди беднейших и маргинализованных слоев населения, в настоящее время это заболевание распространено и в развитых странах мира, что делает его профилактику крайне актуальной

для построения системы здравоохранения стран и сохранения общественного здоровья. Объективная сложность диагностики, обусловленная, в том числе, длительным периодом бессимптомного течения, неспецифичностью клинических проявлений, тяжестью побочных эффектов при разрыве кист, происходящем самопроизвольно или при механических повреждениях, требует новых подходов к инструментальной диагностики. В лечение эхинококкоза необходимо сочетать инвазивные, в том числе, мини-инвазивные, и терапевтические методы, антигельминтную и химеотерапию. Следует обращать внимание при лечении и на противорецидивную химиотерапию. Профилактические мероприятия требуют работы как в области санитарного просвещения населения в районах широкого распространения гельминтоза, так и в области предотвращения заражения эхинококкозом домашних и диких животных, а также в проведении регулярных осмотров в неблагоприятных регионах. В статье приведены обзорные данные современных литературных источников, имеющие отношение к описываемой патологии.

Эхинококкоз является в настоящее время одним из серьезнейших гельминтозов и фактически рассматривается как новые возникающие инфекции: Re-emergency disease. В последние годы отмечается рост заболеваемости в развитых странах мира, в том числе и в Европе, при изначальном распространении среди беднейших и маргинализованных слоев населения в наиболее отсталых регионах Азии, Африки и Латинской Америки что является основанием для профилактической работы с населением по соблюдению гигиенических мероприятий. Являясь одним из наиболее тяжелых гельминтозов человека и животных, эхинококкоз наносит существенный экономический урон сельскому хозяйству и общественному здравоохранению [1, 2]. Отмечается объективная сложность диагностики эхинококкоза, возможности тяжелых побочных реакций в случаях ошибочного диагноза и использовании тонкоигольной аспирации при выявлении кист.

Обзор литературы

Основная характеристика эхинококкоза

Эхинококк относится к семейству Taeniidae роду Echinococcus, включающему в себя 4 вида: E. granulos, E. multilocularis, E. garhruе, E. vogeli. Широко распространены практически во всех регионах мира и имеют наибольшую значимость E. granulos, E. multilocularis [1]. E. granulos является однокамерным эхинококкозом и часто объединяется в литературе с альвеококкозом (или многокамерным эхинококкозом), возбудителем которого является Alveococcus multilocularis. И альвеококк и эхинококк относятся к одному семейству Taeniidae, промежуточными хозяевами которых являются: для альвеококка – грызу-