

АНКИЛОСТОМИДОЗЫ

Название «анкилостомидозы» (ancylostomidoses) объединяет 2 вида инвазии - анкилостомоз и некатороз.

Этиология. Возбудители - нематоды семейства Ancylostomatidae: *Ancylostoma duodenale* (кривоголовка) и *Necator americanus* (некатор), имеющие сходное строение. Размеры *A. duodenale*: самка 10-13 x 0,4-0,6 мм, самец 8-11 x 0,4-0,5 мм; *N. americanus*: самка - 7,7-13,5 мм, самец - 5,2-10 x 0,18-0,24 мм. Яйца обоих видов овальные, с тонкой прозрачной оболочкой, трудноразличимы.

Эпидемиология. Анкилостомидозы - антропонозы, геогельминтозы. Источник инвазии - зараженный человек, в проксимальных отделах тонкой кишки которого паразитируют взрослые гельминты, откладывающие яйца. Последние с фекалиями попадают в почву, где при температуре выше 14-16 °С (оптимум 27 °С и более), достаточной влажности и хорошей аэрации через 2-3 дня в них созревают и затем вылупливаются личинки, достигающие через 7-15 дней инвазионной стадии. Инвазионная личинка способна сохранять жизнеспособность в почве от 7-8 нед до 1,5 лет. Заражение происходит перкутанно, через неповрежденную кожу при контакте ее с почвой и растениями (преимущественно при некаторозе) и перорально при употреблении загрязненных продуктов питания (преимущественно при анкилостомозе и редко при некаторозе).

Восприимчивость всеобщая. Наибольшему риску заражения подвержены сельскохозяйственные рабочие, шахтеры, лица, занятые на земельных работах, а также дети.

Главные очаги инвазии расположены в районах с жарким климатом, однако возможно формирование очагов анкилостомидозов в зонах умеренного и даже холодного климата - в условиях глубоких шахт с постоянной довольно высокой температурой и влажностью. В СССР очаги анкилостомидозов имеются в южных районах. Регистрируются также завозные случаи анкилостомидозов, особенно часто - некатороза.

Патогенез и патологическая анатомия. При пероральном заражении личинки проникают в толщу слизистой оболочки тонкой кишки, затем через 3-4 дня возвращаются в ее просвет, где созревают через 4-5 нед (*A. duodenale*) или через 8-10 нед (*N. Americanus*), превращаясь в половозрелых гельминтов, выделяющих яйца.

При перкутанном заражении личинки проделывают сложную миграцию: по кровеносной системе в легкие, затем в ротоглотку, откуда заглатываются, попадают в желудок и кишечник. Зрелые особи анкилостом живут в организме человека 5-6 лет, некатора - 10-15 лет.

Анкилостомиды - истинные гематофаги, питаются только кровью, прикрепляясь к слизистой оболочке на 1-3 мин и меняя затем место прикрепления. В патогенезе ранней фазы инвазии главными являются токсико-аллергические воздействия паразитарных метаболитов, хронической - развитие железодефицитной анемии в связи с особенностями питания анкилостомид (потеря крови на одну анкилостому составляет около 0,3 мл в сутки, на одного некатора - около 0,1 мл). Имеет значение также травматизация слизистой оболочки верхних отделов тонкой кишки, нервно-рефлекторные влияния на другие отделы желудочно-кишечного тракта, возможно присоединение микробной флоры.

Клиническая картина. При перкутанном заражении в первые дни (даже часы) в месте проникновения личинок развивается аллергический дерматит, более тяжелый при повторных заражениях. В последующем развиваются симптомы поражения легких (эозинофильные инфильтраты), бронхит, ларингит, часто возникает лихорадка. Симптомы, связанные с миграцией личинок в организме, обнаруживаются в течение 2 - 3 нед, затем исчезают.

Ранняя фаза анкилостомидозов обычно сопровождается высокой эозинофилией (до 30-60 % и более).

При пероральном заражении указанные симптомы не выражены.

В хронической фазе анкилостомидозов развивается симптомокомплекс дуоденита, перидуоденита и еунита: больных беспокоит тошнота, иногда отмечается рвота, склонность к диарее, характерны боли в эпигастральной области, напоминающие боли при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Постепенно развивается железодефицитная анемия с соответствующими клиническими и гематологическими проявлениями. Степень тяжести анемии зависит от интенсивности и длительности инвазии, вида гельминта (более выраженная при анкилостомозе, чем при некаторозе), характера питания больного и преморбидного фона.

Прогноз в большинстве случаев благоприятный. Однако инвазии анкилостомами и некотором снижают трудоспособность взрослого населения и отрицательно сказываются на развитии детей.

Диагностика. Диагноз устанавливается при обнаружении в свежем кале яиц анкилостомид. Исследование фекалий проводится методом большого мазка, методами обогащения (Фюллеборна, Калантарян, Като и др.). ВОЗ рекомендует метод культивирования личинок в пробирке на фильтровальной бумаге.

Лечение. С целью дегельминтизации наиболее часто и с успехом применяются: комбантрин (пирантел памоат) в суточной дозе 10-20 мг/кг во время еды в течение 2 дней; мебендазол (вермокс) по 100 мг 2 раза в день в течение 3 дней; левамизол (декарис) по 2,5 мг/кг (разовая доза, она же - курсовая) перед сном, при отсутствии эффекта - повторный курс через 1 нед; тиабендазол (минтезол) по 25 мг/кг массы тела 2 раза в день после еды в течение 2 дней; нафтамон (алькопар) по 0,5 г натощак в течение 2-3 дней. При выраженной анемии назначают пероральные и парентеральные препараты железа, фолиевую кислоту, протеины, в особо тяжелых случаях показаны гемотрансфузии.

Профилактика. Профилактика включает комплекс мер по выявлению и лечению инвазированных анкилостомидами, а также санитарно-эпидемиологические мероприятия по оздоровлению почвы, шахт и подземных сооружений, защита их от фекального загрязнения.

Источник: Шувалова Е. П. Инфекционные болезни: Учебник. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 1990. - 560 с.: ил. (Учеб. лит. для студ. мед. ин-тов).