

### **СТРОНГИЛОИДОЗ**

Син.: диарея кохинхинская.

**Этиология.** Возбудитель - *Strongyloides stercoralis* имеет сложный цикл развития с возможным чередованием паразитических и свободноживущих поколений половозрелых червей.

Паразитическая самка представляет собой бесцветную, полупрозрачную нитевидную нематоду размером 2,2 x 0,03-0,07 мм; свободноживущая самка меньших размеров (1,0 x 0,06 мм). Свободноживущие и паразитические самцы сходны по строению и размерам тела (0,7 x 0,04-0,05 мм).

Вышедшие из яйца рабдитовидные личинки очень малы (0,225 x 0,16 мм), с превращением их в филяриевидную стадию они становятся крупнее (0,55 x 0,017 мм).

**Эпидемиология.** Стронгилоидоз (*strongyloidosis*) - геогельминтоз, антропоноз. Источником инвазии является инвазированный человек, с фекалиями которого выделяются рабдитовидные личинки гельминтов. При благоприятных условиях в почве эти личинки образуют поколение свободноживущих червей, из яиц которых выходят рабдитовидные личинки, дающие начало новому поколению свободноживущих гельминтов или превращающиеся в инвазионные для человека филяриевидные личинки (непрямой путь развития). При неблагоприятных условиях среды выделяемые с фекалиями человека рабдитовидные личинки уже через 12-48 ч превращаются в инвазионные филяриевидные личинки (прямой путь развития). Возможно образование филяриевидных личинок непосредственно в тонкой кишке (аутоинвазия). Заражение человека происходит в результате внедрения филяриевидных личинок перкутантным путем или перорально, однако и в последнем случае филяриевидные личинки активно внедряются в слизистые оболочки полости рта и пищевода. Восприимчивы к инвазии люди всех возрастов. Вопросы иммунитета изучены мало.

В СССР стронгилоидоз встречается в Грузии, Азербайджане, Молдавии и на Украине.

**Патогенез и патологическая анатомия.** В *ранней стадии* инвазии проникшие в организм человека филяриевидные личинки прорывают миграцию с током крови, последовательно попадая в правое сердце и легкие. В бронхах и трахее после двух линек, на что уходит более 2 нед, личинки превращаются в самок и самцов. В *хронической фазе* инвазии спустя 28-30 дней после внедрения филяриевидной личинки сформировавшаяся самка откладывает до 50 зрелых яиц, из которых выходят рабдитовидные личинки. Последние выделяются во внешнюю среду или могут превращаться в филяриевидные личинки, внедряющиеся в кишечную стенку с развитием аутоинвазии. В случаях иммунодефицита численность паразитов может быть весьма значительной, что обуславливает тяжелое течение болезни.

В патогенезе инвазии большое значение, особенно в ранней, миграционной фазе, имеет сенсбилизация организма продуктами обмена паразитов. Особенности прикрепления и паразитирования взрослых самок гельминта приводят к значительным механическим повреждениям тонкой кишки. Миграция личинок делает механический фактор патогенеза еще более значительным. В желудочно-кишечном тракте, преимущественно в пилорическом отделе желудка, двенадцатиперстной и тощей кишках отмечается отек, эозинофильная инфильтрация, кровоизлияния, эрозии и нередко изъязвления слизистой оболочки. В случаях иммунодефицита и значительной численности гельминтов очаги поражения развиваются в различных органах и тканях (в печени, поджелудочной железе, миокарде, головном мозге и его оболочках и др.).

**Клиническая картина.** При экспериментальном заражении людей инкубационный период составляет 17 дней. Течение инвазии длительное, с периодами ремиссий и обострений, при повторных аутоинвазиях болезнь может продолжаться неопределенно долго.

В ранней фазе болезни развивается картина аллергоза: больные жалуются на слабость, раздражительность, головные боли, кожный зуд, полиморфные экзантемы. У многих больных повышается температура тела до субфебрильных, а иногда и фебрильных цифр. Развиваются симптомы бронхита и пневмонии, точнее, аллергических летучих инфильтратов в легких. Нередко все эти признаки инвазии выражены слабо, и ранняя фаза стронгилоидоза проходит незамеченной.

В клинической картине хронической (кишечной) фазы стронгилоидоза выделяют несколько форм.

*Желудочно-кишечная форма* проявляется главным образом симптомами хронического гастрита с пониженной секрецией, энтероколита, а иногда и дуоденита с симуляцией клиники язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Нередко можно выявить признаки дискинезии желчного пузыря и желчных путей, что делает клиническую картину еще более разнообразной.

*Аллерготоксическая форма* клинически характеризуется наличием уртикарной сыпи, ползучих линейных высыпаний, сильного зуда и расстройствами нервной системы, может возникать тромбоцитопения.

*Смешанная форма* включает в себя все или некоторые симптомы других вариантов течения стронгилоидоза. Возможны серьезные *осложнения*: язвенные поражения кишечника, перфоративный перитонит, некротический панкреатит, миокардит, менингоэнцефалит и др.

Для стронгилоидоза характерна эозинофилия крови, которая особенно высока в ранней фазе инвазии и при аллерготоксической форме в поздней фазе болезни (до 70-80 %). Нередко в гемограмме выявляются лейкомоидные реакции эозинофильного типа. Может быть увеличение СОЭ до 40 - 60 мм/ч.

**Прогноз** в большинстве случаев благоприятный, но при тяжелых формах, при повторных аутоинвазиях и при наличии интеркуррентных болезней может стать неблагоприятным.

**Диагностика** предполагает обнаружение рабдитовидных личинок в дуоденальном содержимом и кале по методу Бермана). Фекалии исследуются свежевыделенные, предпочтительно после дачи слабительного. Применяют метод культивирования личинок в пробирке (Harada и соавт.).

**Лечение.** Применяют тиабендазол (минтезол) в суточной дозе 25-50 мг/кг массы тела через 30 мин после еды на протяжении 2 дней (эффективность 60-90 %). Наряду со специфической терапией используют десенсибилизирующую терапию, осуществляют коррекцию запоров.

**Профилактика** складывается из проведения комплекса мероприятий лечебного и санитарного порядка.

**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).