

process. The problem of eliminating this infection becomes of paramount importance in Ukraine.

Key words: *epidemic process, louse-borne typhus, Brill disease, pediculosis, Rickettsia prowazekii*

УДК 616.995.132.2 – 036.2(477.61)

Актуальность проблемы стронгилоидоза в регионе Донбасса

**Л.Г. ЛОВИЦКАЯ, В.Н. ГЕРУС, С.Ю. ГАВРИК,
Л.Д. АГАРКОВА, Т.А. КЛЮЗОВА, В.В. ЖДАНОВ,
Р.С. КОВАЛЬЧУК, В.В. ЯРОВОЙ, Н.В. ЭЙСМОНТ**

г. Луганск, г. Донецк

За период 1994–2009 гг. на территории Луганской области было зарегистрировано 72 случая стронгилоидоза. Инвазия регистрировалась на территории 5 городов (Луганска, Краснодона, Ровеньки, Рубежное, Стаханова). Удельный вес детей в возрасте до 14 лет в структуре инвазированных составил 59,7%.

На территории Донецкой области за период 2000–2009 гг. всего было зарегистрировано 83 случая заболевания стронгилоидозом, из них среди детей в возрасте до 14 лет – 35 (42,2%). Заболеваемость носила спорадический характер, из эпиданамнеза установлено, что больные не выезжали в эндемичные очаги.

Приведенные данные свидетельствуют о важности и актуальности ранней диагностики стронгилоидоза, необходимости дальнейшего изучения клинико-эпидемиологических особенностей ассоциативных паразитозов, регистрируемых в очагах стронгилоидоза. Эта проблема является актуальной не только в регионе Донбасса, но и в целом для страны.

Ключевые слова: *стронгилоидоз, ассоциативные паразитозы, спорадический характер, очаг*

Клинические проявления паразитозов характеризуются, как правило, неспецифичностью клинической симптоматики, хроническим течением с относительно медленным нарушением функций различных органов и систем за счет кумулятивного эффекта, часто латентным течением с субклиническими проявлениями болезни. Указанные особенности маскируют их негативный эффект и создают впечатление слабой патогенности по сравнению с другими заболеваниями.

Наиболее часто паразиты обитают в органах пищеварения и имитируют заболевания этих органов. Поэтому, наблюдаемые в клинической практике расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта могут являться в ряде случаев замаскированными формами паразитарных болезней.

Среди разнообразных гельминтозов, распространенных на территории нашей страны, стронгилоидоз занимает особое место и по сложности

биологического цикла развития его возбудителя и по многообразию нарушений, вызываемых в организме человека.

Стронгилоидоз (шифр по МКБ-10 В78) – антропоноз, хронически протекающий гельминтоз с преимущественным поражением желудочно-кишечного тракта и общими аллергическими проявлениями.

Половозрелые паразиты обитают в двенадцатиперстной и тощей кишках человека, но при интенсивной инвазии могут проникать в пилорический отдел желудка, в слепую и ободочную кишки, желчные и печеночные протоки.

При многих иммунодефицитных состояниях зарегистрированы как стронгилоидная гиперинвазия, так и диссеминированный стронгилоидоз.

Стронгилоидоз в форме кишечной инвазии может протекать бессимптомно в течение до 30 лет и в любое время латентная инвазия способна реактивироваться при подавлении клеточного иммунитета. К настоящему времени описаны десятки таких случаев, в том числе у больных СПИДом. В начале реактивации латентной инвазии обычно появляются симптомы расстройства функций респираторного и желудочно-кишечного трактов, в дальнейшем происходит диссеминация возбудителя с интенсивным его размножением в самых неожиданных органах и тканях.

Стронгилоидоз встречается повсеместно, но наиболее распространен в странах тропического пояса (45⁰с.ш. – 30⁰ю.ш.), где заболеваемость населения достигает 30–40%. Данная нозоформа встречается в странах Южной и Восточной Африки, Южной Америки, южных штатах США, Юго-Восточной Азии, Северо-Восточной Австралии, в ряде стран Европы (Италии, Франции, Бельгии, Голландии, Украине, Молдавии, России), а также в республиках Закавказья: Азербайджане, Армении и др.

Цель работы: В связи с тем, что природно-климатические и социальные условия в Луганской области, расположенной на крайнем востоке Украины в среднем течении реки Северский Донец, являются благоприятными для формирования очагов кишечных гельминтозов, большой продолжительностью эпидемического сезона передачи возбудителя стронгилоидоза (5,5 месяца, май-октябрь), специалистами санэпидучреждений и лечебно-профилактических учреждений области проводится системный клинко-лабораторный мониторинг за распространенностью стронгилоидоза среди контингентов населения, относящихся к группам эпидемиологического риска. Продолжительность периода наблюдения составляет 20 лет.

Изучение истинной распространенности стронгилоидоза среди групп населения больных диспансерных групп с патологией органов пищеварения и гепато-билиарной системы, больных острыми кишечными инфекциями в сочетании с крапивницей невыясненной этиологии, больных с относительными гиперэозинофилиями периферической крови, а также пациентов психоневрологических стационаров, подопечных

детских домов-интернатов для детей с врожденными глубокими нарушениями нервно-психического развития проводилось в соответствии с требованиями Минздрава Украины на основании действующих приказов (Приказ МЗ УССР от 15.10.1986 г. № 579 «Об усилении борьбы с гельминтозами», Методическими рекомендациями по организации мер борьбы со стронгилоидозом и его профилактики МЗ СССР 1985 г.). Это позволило провести стратификацию очагов стронгилоидоза на территории Луганской и Донецкой областей, провести целенаправленную подготовку специалистов лечебно-профилактических учреждений всех форм собственности по вопросам клинко-лабораторной диагностики, этиотропной терапии стронгилоидоза, провести планирование и проведение мероприятий по локализации и оздоровлению зарегистрированных очагов стронгилоидоза.

Материалы и методы исследования

В соответствии с требованиями приказа МЗ УССР от 15.09.1986г № 579 «Об усилении борьбы с гельминтозами» ежегодно клинко-диагностическими лабораториями лечпрофучреждений Луганской области обследуются по клинко-эпидемиологическим показаниям от 47,4 до 61,2 тыс. населения на стронгилоидоз по методу Бермана, при этом кратность обследования больных находится в пределах 1,5–3,0. Выявляемость возбудителя стронгилоидоза в исследуемом клинческом биоматериале носит крайне неравномерный характер и варьирует от 0 до 0,007%.

В лабораториях госсанэпидучреждений области ежегодно выполняется 2579–3190 паразитологических исследований на стронгилоидоз по методу Бермана. Выявляемость возбудителя данного гельминтоза составляет 0,007–0,13%.

С целью изучения клинко-эпидемиологических особенностей стронгилоидоза в регионе Донбасса, нами проанализированы данные форм отраслевой статистической отчетности Минздрава Украины форма 40-«здоров», карты эпидемиологического обследования (форма № 357/о) 155 больных стронгилоидозом, медицинские карты стационарных и амбулаторных больных стронгилоидозом и выписные эпикризы к ним.

За период 1994–2009гг. на территории Луганской области было зарегистрировано 72 случая стронгилоидоза. Инвазия регистрировалась на территории 5 городов (Луганска, Краснодона, Ровеньки, Рубежное, Стаханова). Удельный вес детей в возрасте до 14 лет в структуре инвазированных составил 59,7%.

За данный период было зарегистрировано 69 случаев заболевания стронгилоидозом среди подопечных Краснодонского дома-интерната со стойкими врожденными дефектами нервно-психического развития (65 случаев) и Ровеньковского (4 случая).

На территории Донецкой области за период 2000–2009 гг. всего было зарегистрировано 83 случая заболевания стронгилоидозом, из них среди детей в возрасте до 14 лет – 35 (42,2%). Заболеваемость носила спорадический характер, из эпиданамнеза установлено, что больные не выезжали в эндемичные очаги.

За анализируемый период времени среди подопечных Краснодонского дома-интерната стронгилоидоз протекал в виде моноинвазии в 43 случаях (66,2%), в 22 случаях (33,8%) имело место наличие ассоциативных паразитозов. Регистрировались сочетанные инвазии: «стронгилоидоз+энтеробиоз» в 11 случаях (16,9%), «стронгилоидоз+аскаридоз» в 8 случаях (12,3%), «стронгилоидоз+лямблиоз» в 3 случаях (4,6%).

Данные клинико-эпидемиологического мониторинга свидетельствуют о том, что все больные стронгилоидозом и ассоциативными паразитозами были выявлены при плановых паразитологических обследованиях, проводимых специалистами ГУ «Краснодонская городская санитарно-эпидемиологическая станция Луганской области» МЗ Украины.

Анализ медицинских карт подопечных Краснодонского дома-интерната – больных стронгилоидозом свидетельствует о следующем соотношении частоты клинических симптомов: явление энтерита у 3-х больных (4,6%), относительная гиперэозинофилия периферической крови в пределах 38–43% у 2-х больных (3,0%), лейкоцитоз ($7,2-11,3 \cdot 10^9$) у 65 больных (100%), гипохромная анемия у 43 больных (66,2%).

Упорное течение инвазии (после 3–5-кратной этиотропной терапии) регистрировалось у 6 больных (9,2%).

В настоящее время по данным Всемирной Организации Здравоохранения существует возможность развития резистентности у кишечных нематод к антигельминтикам. Поэтому стратегия лечения должна быть направлена на то, чтобы предотвратить развитие химиорезистентности. При назначении недостаточно эффективных препаратов в популяции гельминтов происходит отбор особей, имеющих резистентность к определенным препаратам или к группе препаратов, сходной химической структуры.

Результаты и их обсуждения

Для этиотропной терапии больных стронгилоидозом в условиях Краснодонского дома-интерната и инфекционных стационаров лечпрофучреждений города использовались 6 видов антигельминтных препаратов (декарис, вермокс, мебендазол, празиквантель, пирантел-памоат, вормил), что не обеспечило должного клинического эффекта и способствовало формированию устойчивости к используемым антигельминтикам. В связи с отсутствием на рынке медикаментозных препаратов в Украине ивермектина (мектизана – препарата выбора) эффективность дегельминтизации подопечных домов-интернатов со стойкими иммунологическими нарушениями не может быть обеспечена.

Гиподиагностика стронгилоидоза имеет место в результате низкой осведомленности врачей с особенностями клинического течения стронгилоидоза, что можно объяснить ошибочными представлениями о редкости этого заболевания, а также отсутствием четких диагностических критериев для его распознавания.

При клиническом разборе случая стронгилоидоза у больной Ч., 75 лет, жительницы города Стаханова (медицинская карта № 29806/700) установлено, что в ноябре 1999г. больная находилась на стационарном лечении в гематологическом отделении Луганской областной Клинической больницы. Диагноз при поступлении «Хронический остеомиелофиброз, хроническая рецидивирующая крапивница, хронический холецистит, хронический гепатит, гепатолиенальный синдром, нормохромная анемия». В период пребывания в стационаре у больной была зарегистрирована относительная гиперэозинофилия периферической крови (78%).

Несмотря на наличие патогномичных симптомов больная не была обследована на стронгилоидоз. Назначена иммуносупрессивная терапия кортикостероидами и анаболическими гормонами. На протяжении 7 лет больная периодически получала гормонотерапию.

За период 1998–2005 гг. в анамнезе регистрировались поражения респираторного тракта: острый бронхит – 3 раза, острая бронхопневмония – 1 раз, левосторонняя нижнедолевая пневмония – 1 раз, правосторонняя нижнедолевая пневмония – 1 раз. В легких постоянно выслушивались сухие и влажные хрипы. Исследование мокроты не назначалось. Больная отмечала общую слабость, головные боли, боли в области сердца. Объективно: бледность кожных покровов, потеря массы тела до 5%. Результаты исследования периферической крови в январе 2001 года – лейкоцитоз – $9,6 \cdot 10^9$ с нейтрофильным сдвигом влево, цветной показатель – 0,8, гемоглобин – 52 г/л, эозинофилы – 8%.

В 2003 году у больной также отмечалась гипохромная анемия, лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево, уровень эозинофилов в периферической крови – 1%, также были выявлены юные эозинофилы.

В течение 7 лет у больной отмечались характерные для стронгилоидоза высыпания (розеолезно-папулезная сыпь), «линейный дерматит» в области поясницы, крестца, ягодиц и сильный зуд.

13.10.2005 г. на основании обращения за медпомощью больная была госпитализирована в Стахановскую городскую инфекционную больницу с диагнозом «Пищевая токсикоинфекция». Жалобы при поступлении: рвота, жидкий стул с частотой 3–5 раз в сутки на протяжении 2-х дней. Фекалии имели зловонный запах без примеси крови и слизи. У больной отмечалась общая слабость и повышение температуры тела до $37,2^{\circ}\text{C}$. 15.10.2005 г. была обследована на энтеропROTOZOозы, гельминтозы и методом Бермана на стронгилоидоз. В результате были выявлены

личинки *Strongyloides stercoralis* (11–13 личинок в 1 г фекалий). Больной назначена этиотропная терапия вермоксом по схеме.

На протяжении 2006–2008 гг. в связи с отсутствием других антигельминтных препаратов было проведено 6 курсов этиотропной терапии вермоксом по схеме, результаты контрольных лабораторных исследований свидетельствовали о неэффективности проводимого лечения и хроническом течении инвазии.

Вторичные поражения респираторного тракта свидетельствуют о явлениях аутоинвазии в результате длительного приема кортикостероидов. В январе 2009 г. больная умерла, причина смерти «Хронический кардиосклероз, острая сердечная недостаточность». Аутопсия не проводилась.

Выводы

Приведенные данные свидетельствуют о важности и актуальности ранней диагностики стронгилоидоза, необходимости дальнейшего изучения клинико-эпидемиологических особенностей ассоциативных паразитозов, регистрируемых в очагах стронгилоидоза, разработки наиболее рациональных схем этиотропной терапии больных стронгилоидозом в сочетании с другими инфекционными и паразитарными патогенами. Эта проблема является актуальной не только в регионе Донбасса, но и в целом для страны.

Литература

1. Лысенко А.Я. ВИЧ-инфекция и СПИД-ассоциируемые заболевания / А.Я. Лысенко, М.Х. Турьянов, М.В. Лавдовская, В.М. Подольский. – М.: Российская академия естественных наук, 1996. – С. 361–367.
2. Ишмухаметов А.И. К вопросу о клинических формах и течении стронгилоидоза. / А.И. Ишмухаметов. Под ред. Ш.Д. Мошковского // Проблемы медицинской паразитологии и профилактики инфекций. – 1964. – С. 384–394.
3. Лукшина Р.Г. Паразитарные болезни человека. [Монография] / Р.Г. Лукшина, И.М. Локтева, Т.Н. Павликовская. Под общей ред. Р.Г. Лукшиной. – Харьков: ИНЖЭК, 2005. – С. 366–381.
4. Шабловская Е.А. Стронгилоидоз / Е.А. Шабловская. – М.: Медицина, 1986. – С. 11–19.
5. Бронштейн А.М. Паразитарные болезни человека / А.М. Бронштейн, А.К. Токмалаев. – М.: Издательство Российского университета дружбы народов, 2002. – С. 209–212.
6. Сучасні проблеми епідеміології, мікробіології та гігієни / Матеріали конференції Львівського науково-дослідного інституту епідеміології та гігієни. – Львів, 2006. – С. 125–127.
7. Бронштейн А.М. Гельминтозы органов пищеварения: кишечные нематодозы, трематодозы печени и ларвальные цестодозы (эхинококкозы) / А.М. Бронштейн, Н.А. Малышев // Российский медицинский журнал. – 2004. – Том 12. – № 4. – С. 208–211.
8. Астафьев Б.А. Очерки по общей патологии гельминтозов человека / Б.А. Астафьев. – М.: Медицина, 1975. – С. 95–112.

9. Руководство по тропическим болезням / Под ред. А.Я. Лысенко. – М.: Медицина, 1983. – С. 202–207.

10. Руководство по микробиологии клиники и эпидемиологии инфекционных болезней / Под ред. П.Г. Сергиева. – М.: Медицина, 1968. – С. 586–596.

11. Руководство и атлас по инфекционным и паразитарным болезням человека / Под ред. Ю.В. Лобзина и С.С. Козлова. – 2008. – С. 392–411.

Актуальність проблеми стронгілоїдозу в регіоні Донбасу

**Л.Г. ЛОВИЦЬКА, В.М. ГЕРУС, С.Ю. ГАВРИК,
Л.Д. АГАРКОВА, Т.О. КЛЮЗОВА, В.В. ЖДАНОВ,
Р.С. КОВАЛЬЧУК, В.В. ЯРОВИЙ, Н.В. ЭЙСМОНТ**

За період 1994–2009 рр. на території Луганської області було зареєстровано 72 випадки стронгілоїдозу. Інвазія була зареєстрована на території 5 міст (Луганська, Краснодону, Ровеньки, Рубіжне, Стаханова). Питома вага дітей у віці до 14 років у структурі інвазованих складає 59,7%.

На території Донецької області за період 2000–2009 рр. усього було зареєстровано 83 випадки захворювань на стронгілоїдоз, з них серед дітей у віці до 14 років – 35 (42,2%). Захворюваність носила спорадичний характер, на підставі епідеміологічного анамнезу встановлено, що хворі не виїжджали до ендемічних вогнищ.

Наведені дані свідчать про важливість та необхідність ранньої діагностики стронгілоїдозу, необхідності подальшого вивчення клініко-епідеміологічних особливостей асоціативних паразитозів, що були зареєстровані у вогнищах стронгілоїдозу. Ця проблема є актуальною не тільки у регіоні Донбасу, але й у цілому для країни.

Ключові слова: *стронгілоїдоз, асоціативні паразитози, спорадичний характер, вогнище*

Urgency of the problem of strongyloidiasis in Donbass region

**L.G. LOVITSKAYA, V.N. GERUS, S.YU. GAVRIK,
L.D. AGARKOVA, T.A. KLIUZOVA, V.V. ZHDANOV,
R.S. KOVALCHUK, V.V. YAROVY, N.V. EISMONT**

In the period of 1994–2009 72 cases of strongyloidiasis were registered in Lugansk region. The invasion was registered in 5 towns (Lugansk, Krasnodon, Rovenki, Rubezhnoe, Stakhanov). The unit weight of children before 14 in the stricture of infested is 59.7%.

On the territory of Donetsk region in the period 2000–2009 83 cases of strongyloidiasis were registered, among them 35 (42.2%) of children before 14. The disease was of sporadic type, from epidanamnesis it was established that the infected persons did not go to endemic focuses.

The data given above certifies the importance and urgency of early diagnostics of strongyloidiasis, the necessity of further study of clinical-epidemiological peculiarities of associative parasites registered in strongyloidiasis focuses. This problem is the urgent one not only in Donbass region, but for the whole country.

Key words: *strongyloidiasis, associative parasites, sporadic type, focus*