

УДК 616.995.132.7-079.4

ГВОЗДОВСЬКА І.М., ПИПА Л.В., ПІДДУБНА О.В., ГЕГА Ж.А., ГАНЧЕВА О.Є.,

АНДРЕЄВ М.Д., ПРОКОП'ЮК О.В.

Хмельницька міська інфекційна лікарня

АНКІЛОСТОМІДОЗ — РІДКІСНИЙ В УКРАЇНІ ГЕЛЬМІНТОЗ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

Резюме. У статті висвітлено сучасні дані про епідеміологію, клінічні прояви та діагностику тропічного гельмінтозу — анкілостомідозу. Описано випадок анкілостомідозу, завезеного в Хмельницьку область, де його було діагностовано шляхом виявлення яєць у фекаліях жінки, яка надійшла до лікарні зі скаргами на загальну слабкість, запаморочення, відсутність апетиту, порушення сну, періодичний біль у животі, рідкі випорожнення з домішками слизу та крові, втрату 10 кг ваги за останні 4 роки, та у фекаліях усіх контактних членів сім'ї. З даними скаргами жінка неодноразово обстежувалась і лікувалась у різних медичних закладах міста. Після проведеного комплексного лікування в інфекційній лікарні стан жінки нормалізувався, скарг немає, збільшилася вага.

Ключові слова: анкілостомідоз, діагностика, лікування.

Група анкілостомідозів об'єднує два антропонозних геогельмінтози: анкілостомоз і некатороз. Їх збудники характеризуються значною біологічною подібністю. Захворювання відоме з давніх часів під назвою «єгипетський, або тропічний, хлороз», «анемія шахтарів», «тропічна анемія» та ін. [1, 2, 7].

За даними ВООЗ, близько 25 % населення земної кулі заражені анкілостомідами. Анкілостомідози поширені переважно серед населення тропічної й субтропічної зон. Розподіл їх визначається кліматичними умовами: у країнах субтропічного поясу поширений анкілостомоз, у країнах субекваторіального поясу — некатороз.

У країнах Південної й Центральної Америки, Південної Азії, Африки заражено до 50 % населення. Найчастіше на анкілостомідози хворіють сільські жителі [6, 7]. Вогнища анкілостоми зустрічаються й на півдні Європи (наприклад, в Італії). Епідемічні вогнища анкілостомідозів є в окремих регіонах Кавказу, Середньої Азії. Україна не належить до ендемічних щодо анкілостомідозів країн, однак в Україні можуть зустрічатись завезені випадки даного тропічного гельмінтозу, оскільки різко посилилась міграція людей із Пакистану, Туреччини [3].

Збудники анкілостомідозів — два близьких види нематод: анкілостома (*Ancylostoma duodenale*, криво-голівка) і некатор (*Necator americanus*), які належать до родини *Ancylostomatidae*, до геогельмінтів.

Розміри анкілостоми: довжина самця 8 мм, самки — 10–14 мм. Статевозрілі анкілостоміди перебувають у верхньому відділі тонкого кишечника людини. Самка за добу відкладає до 10 тис. яєць, що з фекаліями потрапляють у ґрунт, де при температурі понад 14–16 °С (оптимум 27 °С і більше), достатній волозті й добрій аерації через 2–3 дні дозрівають і вилуплюються личинки, досягаючи через 7–15 днів інвазивної стадії. Інвазивна личинка здатна зберігати життєздатність у ґрунті упродовж 1–4 міс. [5].

Зараження відбувається перкутанно — через непошкоджену шкіру при контакті її з ґрунтом та рослинами (переважно при некаторозі), і перорально — при вживанні забруднених продуктів харчування (переважно при анкілостомозі й зрідка при некаторозі).

Личинки активно проникають в організм хазяїна крізь шкіру, потрапляють у кровеносні капіляри, мігрують по великому та малому колах кровообігу. Досягнувши легень, через повітряні шляхи, гортань та глотку вони потрапляють у стравохід та кишечник, де через 4–5 тижнів розвиваються в дорослих гельмінтів.

У випадку проникнення личинки анкілостомід через шкіру ранні клінічні прояви пов'язані з їх міграцією по організму. Наступного дня або через день у місцях проникнення личинок у шкіру у хворого виникає свербіж. На шкірі з'являється еритема з дрібними червоними папулами. Через 7–10 днів ці дерматологічні зміни зникають.

Паразитуючи в кишечнику, гельмінти харчуються в основному кров'ю, спричиняючи незначні поранення слизової оболонки кишки. У головному та шийному відділах гельмінтів є залози, що виділяють особливі антикоагулянти, які обумовлюють тривалу кровотечу. Тривалість життя гельмінтів 3–5 років, але вони можуть жити й довше — до 15 років.

Клінічна картина залежить від інтенсивності інвазії. Інкубаційний період триває 40–60 діб. У більшості випадків хвороба перебігає безсимптомно. При більш тяжкому перебігу клінічна симптоматика залежить від способу проникнення паразитів в організм.

При перкутанному шляху зараження в перші дні (навіть години) на місці проникнення личинки роз-

© Гвоздовська І.М., Пипа Л.В., Піддубна О.В., Гега Ж.А.,

Ганчева О.Є., Андреев М.Д., Прокоп'юк О.В., 2014

© «Актуальна інфектологія», 2014

© Заславський О.Ю., 2014

вивається алергічний дерматит. Потім розвиваються симптоми ураження легень. Описуються еозинофільні інфільтрати в легенях і судинні пневмонії, що перебігають з лихоманкою й високою (60 %) еозинофілією. Описані трахеїти й ларингіти, що супроводжуються охриплістю голосу й навіть афонією. У деяких випадках ці явища утримуються до 3 тижнів [7].

При пероральному шляху інфікування дані симптоми не виражені.

Через 8–30 днів після зараження в деяких осіб з'являється біль у животі, блювота, пронос і загальне нездужання. Біль в епігастральній ділянці, що виникає у багатьох хворих на анкілостомідоз, нагадує біль при виразковій хворобі дванадцятипалої кишки. Вони обумовлені ерозивним дуоденітом і пілороспазмом. На початку захворювання біль має гострий характер, але з часом стає менш вираженим.

Найбільш характерною особливістю анкілостомідозів є гіпохромна анемія, що може перебігати в тяжкій формі. Вона обумовлена хронічною крововтратою. Відомо, що анкілостома живиться кров'ю. Вона має зуби, якими прикріплюється до слизової оболонки кишечника, утворюючи виразки до 2 см у діаметрі.

Хворі з анемією скаржаться на загальну слабкість, задишку, шум у вухах, підвищену розумову та фізичну втому, запаморочення, потемніння в очах, зниження апетиту, зміну смаку (вони нерідко їдять глину, вапно, вугілля, попіл, цеглу, папір, облизують металеві предмети, сіль, мило). У крові виявляється анізопоїкіцитоз, мікроцитоз, гіпохромія й поліхромазія еритроцитів, ретикулоцитоз, лейкопенія, помірною або виражена еозинофілія. Температура тіла нормальна або субфебрильна, зрідка піднімається до 38 °С.

Тяжкість анкілостомідозної інвазії залежить від кількості гельмінтів та їх видового складу, тривалості життя паразитів, якості харчування хворого. Інтенсивна інвазія в дитячому й молодому віці може призвести до затримки у фізичному та розумовому розвитку, виснаження, кахексії. Описані летальні випадки.

Діагноз виставляється при знаходженні в фекаліях яєць анкілостом й некатора. Дослідження фекалій проводять методом нативного мазка, методами збагачення (Фюллеборна, Калантарян, Като та ін.). Яйця мають овальну форму, тонку прозору оболонку із зародком на ранній стадії ділення. Розміри яєць анкілостоми й некатора дуже близькі: 53–64 × 34–38 × і 64–72 × 36–40 мкм відповідно. Тому при мікроскопії яйця анкілостоми практично не відрізняються від яєць некатора, і в загальній формі діагностується наявність яєць анкілостомід. Також для ідентифікації збудників використовують полімеразну ланцюгову реакцію [4] й дослідження в сироватці крові IgG4-антитіл до анкілостоми методом ІФА, що має 100% специфічність і чутливість [8].

Лікування

З метою дегельментизації часто призначають пірантел (комбантрин) у дозі 10–20 мг/кг/добу під час їжі протягом 2 днів; мебендазол (вермокс) по 100 мг 2 рази на добу протягом 3 днів; левамізол (декарис)

по 2,5–5 мг/кг (разова доза, вона ж і курсова) перед сном, при відсутності ефекту — повторний курс через тиждень; тіабендазол (мінтезол) по 25 мг/кг 2 рази на день після прийому їжі протягом 2 днів; нафтамон (алькопар) по 5,0 г натще протягом 2–3 днів, медамін по 0,2 г 3 рази на день протягом 3 днів. При вираженій анемії призначають перорально та парентерально препарати заліза, фолієву кислоту, протеїни, в особливо тяжких випадках показані трансфузії еритроцитарної маси. Контроль ефективності лікування проводять через 3–4 тижні [5, 7].

Однак препаратом першої лінії в лікуванні анкілостомідозів є альбендазол (ворміл), оскільки він має більшу ефективність, ніж мебендазол [1, 7].

Випадок із практики

Хвора К.Л., 53 років, звернулась за консультацією в Хмельницьку міську інфекційну лікарню зі скаргами на запаморочення, відсутність апетиту, порушення сну, періодичні болі в животі, виражену загальну слабкість, млявість, втрату ваги за останні 4 роки, рідкі випороження з домішками слизу та крові. Хворій запропоновано обстеження в умовах стаціонару.

З анамнезу відомо, що хворіє протягом 4 років, неодноразово лікувалась у проктологічному та гастроентерологічному відділенні Хмельницької міської лікарні з приводу діагнозу «виразковий коліт». Після проведеного лікування відмічала тимчасове поліпшення самопочуття.

Хвора проживає з сім'єю у власній квартирі (донька 26 років, син 23 років та внучка 6 років). Чоловік хворої тимчасово проживає в Італії, у відпустку приїжджає один раз на рік. Протягом року часто передає продукти харчування. У весняно-осінній період сім'я мешкає в приватному будинку в селі, де всі працюють на земельній ділянці та в садку, часто ходять босоніж.

При надходженні стан хворої середньої тяжкості. Млява, ослаблена. Апетит відсутній. Шкіряні покрови бліді, чисті. Тургор тканин знижений. Тони серця ритмічні, звучні. Язик обкладений білим нашаруванням. Живіт м'який, чутливий по ходу кишечника. Печінка, селезінка не пальпуються. Діурез достатній. Випороження рідкі з домішками слизу, крові.

Обстежена лабораторно. У загальному аналізі крові: Нв — 81 г/л, ер. — $2,9 \cdot 10^{12}$, КП — 0,89, L — $6,3 \cdot 10^9$, ШОЕ — 29 м/год, Нт — 0,24, цукор крові — 4,0 ммоль/л, п. — 2 %, с/я — 53 %, еоз. — 3 %, л. — 37 %, м. — 5 %. Білірубін крові — 9,0 мкмоль/л за рахунок непрямого, АЛТ — 28 ммоль/л, АСТ — 38 ммоль/л, сечовина — 3,6; креатинін — 69 ммоль/л.

Кров на реакцію мікропреципітації негативна. Аналіз крові на маркери вірусних гепатитів В та С негативний. Антитіл до ВІЛ не виявлено. У загальному аналізі сечі — колір яскраво-червоний, питома вага — 1012, білок, цукор — негативні, л. — 12–14 в п/з, діастаза сечі — 305 од. При дослідженні калу кампілобактерій не виявлено.

Копрологічне дослідження: кал кашкоподібний, слиз ++, колір червоний, л. — 2–3 в п/з, ер. — 5–6 у п/зору. В аналізі калу знайдено яйця *Ancylostoma duodenale* (рис. 1).

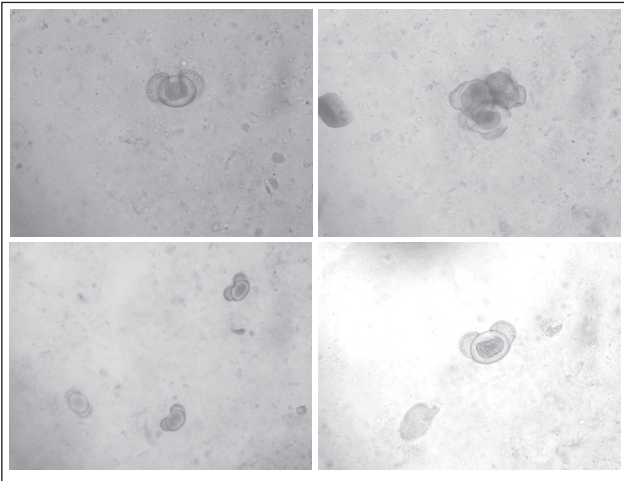


Рисунок 1

Встановлено заключний клінічний діагноз «анкілостомідоз».

Хворій призначено специфічну протипаразитарну, дезінтоксикаційну терапію й лікування хронічної постгеморагічної залізодефіцитної анемії (ворміл, декарис, ентеросгель, еріус, амінокапронова кислота ентерально, сорбіфер).

Контактні члени сім'ї (донька, син та онучка) також були обстежені на анкілостомідоз, діагноз підтверджено в усіх. Клінічних проявів хвороби в них не було, однак вони були госпіталізовані й пройшли курс лікування.

Усі хворі виписані у задовільному стані. Перебувають на диспансерному нагляді в кабінеті інфекційних захворювань за місцем проживання.

Висновки

1. З урахуванням поширеності анкілостомідозу, посилення міграції українців, приїзду в Україну на навчання студентів з ендемічних за даним гельмінтозом країн є вірогідність значного його поширення в нашій країні.

Гвоздовская И.М., Пыпа Л.В., Поддубная О.В., Гега Ж.А., Ганчева О.Е., Андреев М.Д., Прокопчук О.В.
Хмельницкая городская инфекционная больница

АНКИЛОСТОМИДОЗ — РЕДКИЙ В УКРАИНЕ ГЕЛЬМИНТОЗ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Резюме. В статье приведены современные данные об эпидемиологии, клинических проявлениях и диагностике тропического гельминтоза — анкилостомидоза. Описан случай анкилостомидоза, завезенного в Хмельницкую область. Данный гельминтоз был диагностирован путем выявления яиц анкилостом в фекалиях женщины, поступившей в больницу с жалобами на общую слабость, головокружение, отсутствие аппетита, нарушение сна, периодическую боль в животе, диарею с примесью слизи и крови, потерю 10 кг веса за последние 4 года, а также в фекалиях всех контактных членов семьи. С данными жалобами женщина неоднократно обследовалась и лечилась в разных медицинских учреждениях города. После проведенного комплексного лечения в инфекционной больнице состояние женщины нормализовалось, жалоб нет, прибавила в весе.

Ключевые слова: анкилостомидоз, диагностика, лечение.

2. Відсутність настороженості й належної уваги лікарів до паразитарних захворювань часто призводить до неправильної й невчасної постановки точного діагнозу і, як наслідок, до неадекватної терапії та тривалого перебування хворих на лікуванні.

3. Велике значення в діагностиці анкілостомідозу та інших, особливо завізних на даний час, гельмінтозів має професійна підготовка лаборантів-паразитологів

Список літератури

1. Майданник В.Г., Хайтович Н.В., Юхименко Г.Г. Гельминтозы у детей. — К., 2012. — 604 с.
2. Марушко Ю.В., Грачева М.Г. Современное состояние проблемы гельминтозов у детей. Вопросы диагностики и лечения // Современная педиатрия. — 2012. — № 3(43). — С. 1-5.
3. Brooker et al. Human Hookworm Infection in the 21st Century // Adv. Parasitol. — 2004. — 58. — 197-288.
4. de Grijter J.M., van Lieshout L., Gasser R.B. et al. Polymerase chain reaction-based differential diagnosis of *Ancylostoma duodenale* and *Necator americanus* infections in humans in northern Ghana // Trop. Med. Int. Health. — 2005. — 10(6). — 574-580.
5. Dhavan V. D., Garecar S., Asmar B. *Ancylostoma* infection. — <http://emidicine.medscape.com/article/996361/Updated:May1,2008>
6. Fonseca E.O. et al. Prevalence and factors associated with geogelminth infections in children living in municipalities with low HDI in North and Northeast Brasial // Cad. Saude Publica. — 2010. — 26(1). — 143-152.
7. Hotez P.J. Hookworms (*Necator americanus* and *Ancylostoma* spp.) // Nelson Textbook of Pediatrics. — 19th ed. / Eds. R.M. Kliegman, B.F. Stanton, N.F. Schor et al. — Saunders Elsevier, 2011. — P. 1218-1220.
8. Mahmoud M.S., Abou Gamra M.M., Elkhajat M.M. *Ancylostoma duodenale* infection: a study of serum immunoglobulin G4 response to the excretory secretory antigen of adult worm // J. Egypt. Soc. Parasitol. — 2005. — 35(1). — 1-17.

Отримано 02.10.14 ■

Gvozдовska I.M., Pypa L.V., Pidubna O.V., Gega Zh.A., Gancheva O.Ye., Andriev M.D., Prokopiuk O.V.
Khmelnysk Municipal Hospital for Infectious Diseases, Khmelnytsk, Ukraine

ANCILOSTOMIDOSIS IS RARE HELMINTHIASIS IN UKRAINE (CLINICAL CASE)

Summary. This article describes the current data on epidemiology, clinical manifestations and diagnosis of tropical helminthiasis — ancylostomidiasis. It is described a case of ancylostomidiasis brought to Khmelnytsk region, where it was diagnosed by detecting the ancylostom's eggs in feces of all members of the family after the examination of the mother who had applied to the hospital with complaints of the general weakness, dizziness, inappetence, sleep disturbances, recurrent abdominal pain, loose stool with mucus and blood, weight loss of 10 kg for the last 4 years. With the same complaints the woman was repeatedly examined and treated in various hospitals of the city. After a comprehensive treatment in the hospital for infectious diseases the woman's condition normalized, she had no complaints, the weight increased.

Key words: ancylostomidiasis, diagnosis, treatment.