

### **ГИМЕНОЛЕПИДОЗЫ**

**Этиология.** Возбудители - *Hymenolepis nana* - карликовый цепень, состоящий из сколекса, снабженного крючьями, стробилы длиной 15-30 мм и шириной 0,5-0,7 мм, включающей 200-1000 гермафродитных проглоттид, которые содержат яйца с личинками-онкосферами; и *Hymenolepis diminuta* - крысиный цепень, длиной 10 - 60 мм, шириной 2,5 - 4 мм, его сколекс не имеет крючьев.

**Эпидемиология.** Гименолепидоз (*hymenolepidosis*), вызываемый *H. nana*, - антропонозный пероральный контактиозный гельминтоз. Источник инвазии - зараженный человек (окончательный и промежуточный хозяин гельминта), в тонкой кишке которого паразитируют взрослые цестоды. Терминальные членики червей, наполненные яйцами, выделяются с фекалиями во внешнюю среду. Яйца *H. nana* содержат зрелую инвазионную личинку-онкосферу, в связи с чем заглатывание их новым хозяином приводит к его заражению.

Факторами передачи возбудителей являются предметы домашнего обихода, продукты питания.

Содержащиеся в яйцах гельминта онкосферы способны внедряться в слизистую оболочку кишки, в результате чего развивается внутрикишечная аутоинвазия.

Гименолепидоз, вызываемый *H. diminuta*, - зоонозный пероральный гельминтоз. Резервуар возбудителей - окончательные хозяева гельминта - грызуны (мыши, крысы), промежуточные хозяева - личинки блох, тараканы, мучной хрущак и другие насекомые. Заражение человека происходит при случайном проглатывании промежуточных хозяев гельминта, внутрикишечная аутоинвазия нехарактерна.

Гименолепидозом болеют преимущественно дети в возрасте 3-14 лет. Вопросы постинвазионного иммунитета у человека изучены недостаточно. Инвазия встречается повсеместно, но особое распространение имеет в районах с жарким и сухим климатом.

**Патогенез и патологическая анатомия.** В желудке и кишечнике человека онкосферы освобождаются от яйцевых оболочек, внедряются в ворсинки тонкой кишки и к 4-6-му дню превращаются в личинку (цистицеркоид), которая попадает в просвет кишки, прикрепляется к слизистой оболочке и через 14-15 дней превращается в зрелого паразита. Взрослый *H. nana* живет в кишечнике человека не более 2 мес. Вследствие способности к внутрикишечной аутоинвазии в организме инвазированного человека карликовый цепень может проделать неограниченное число циклов. При этом количество паразитов, особенно при иммунной супрессии, значительно умножается. Существенное значение в патогенезе гименолепидоза имеет механическое повреждение взрослыми гельминтами и их личинками стенок тонкой кишки. В местах прикрепления цестод постоянно определяются некрозы с развитием доходящих до мышечного слоя язв. При интенсивной инвазии (десятки и сотни тысяч взрослых цепней) повреждения могут достигать тяжелых и опасных степеней.

Значительное место в патогенезе инвазии занимает сенсibilизирующее воздействие продуктов обмена гельминтов на организм человека, а также процессы аутосенсibilизации. Инвазия неблагоприятно влияет на течение интеркуррентных заболеваний.

**Клиническая картина.** Клиническая картина инвазии характеризуется полиморфизмом и различной степенью тяжести. Почти у трети инвазированных паразитирование гельминтов клинически не проявляется. В случае манифестных инвазий основные симптомы болезни связаны с поражением кишечника, нервной системы и проявлениями сенсibilизации организма.

Больные жалуются на периодические боли в животе, тошноту, отсутствие аппетита, слюнотечение, реже на неустойчивость стула. Эти симптомы протекают на фоне общего недомогания, раздражительности, слабости, головной боли, головокружения. Нередко возникают аллергическая сыпь, кожный зуд, ангионевротический отек Квинке, вазомоторный ринит, астматический бронхит. У некоторых больных периодически отмечаются субфебрилитет или кратковременная, но высокая лихорадка. При длительном течении инвазии развиваются похудание и анемия. В гемограмме изменения, как правило, незначительны. Иногда выявляется умеренно выраженная анемия нормохромного или гипохромного типа; эозинофилия невысока и встречается в 20-30 % случаев.

**Прогноз.** Прогноз в большинстве случаев благоприятный, но в связи с повторными аутоинвазиями он может ухудшаться.

**Диагностика.** Диагноз основывается на обнаружении яиц гельминтов в кале. Наиболее эффективны методы флотации, особенно после провокации фенасалом.

**Лечение.** Дегельминтизацию проводят фенасалом по одной из следующих схем:

- 1) 6-7 двухдневных циклов с интервалами между ними в 5 дней, фенасал назначают взрослым по 2,0 г в сутки;
- 2) 4 пятидневных цикла с интервалами между ними в 5 дней, фенасал назначают дозы препарата;
- 3) 3 семидневных цикла с интервалом в 5 дней и противорецидивным курсом через 1 мес с назначением в первый день каждого цикла 2,0 г фенасала и по 0,5 г препарата в последующие дни.

Последняя схема особенно эффективна при упорном течении инвазии. Эффективность терапии можно несколько увеличить, применяя комбинации фенасала с дихлорофеном и трихлорофеном.

**Профилактика.** Предупреждение гименолепидоза заключается в тщательном соблюдении правил личной гигиены, в регулярной дезинфекции уборных, в выявлении инвазированных и дегельминтизации их.

**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).