

## Информация для пациентов

Гименолепидоз – контактный биогельминтоз человека, вызываемый карликовым цепнем при котором половозрелые и личиночные формы гельминтов паразитируют в кишечнике человека, вызывая поражение желудочно-кишечного тракта.

Источником заражения гименолепидозом является человек. Механизм передачи – фекально-оральный, пути передачи – контактно-бытовой и пищевой. Факторами передачи карликового цепня являются загрязненные яйцами гельминта руки, горшки, предметы личной гигиены, дверные ручки, пищевые продукты, а также мухи, тараканы, на которых яйца гельминта сохраняют свою жизнеспособность в течение 24 часов, они чувствительны к высыханию и воздействию высокой температуры, способны сохраняться на руках человека в течение 2х часов; при высушивании на предметных стеклах при комнатной температуре погибают через 60-70 часов; в речной воде в летнее время сохраняют жизнеспособность около 1 месяца. У взрослых больных гименолепидозом имеет местотесный контакт с детьми (обслуживающий персонал в детских учреждениях, матери больных детей), поэтому для заболевания характерны семейные очаги.

Возбудитель гименолепидоза – цепень карликовый длиной 15-45 мм, шириной 0,5-0,7 мм с маленькой головкой, четырьмя присосками и коротким хоботком, на котором расположен венчик из 20-24 мелких хитиновых крючьев. Тело цепня состоит из тонкой шейки и 200-300 члеников. Срединные членики содержат гермафродитную половую систему. В зрелых задних члениках расположена матка, заполненная яйцами. Членики, отделяясь от цепня, разрушаются в просвете кишечника человека. Яйца имеют шаровидную или эллипсоидную форму размером 40×53 мкм; оболочки их бесцветные, двухконтурные. В яйцах находится личинка (онкосфера) с 6 крючьями. Яйца выделяются циклически, соответственно смене поколений гельминтов.

Зрелые яйца цепня заглатываются человеком, попадают в тонкую кишку, из яиц освобождаются онкосферы и внедряются в кишечные ворсинки, где в течение 5-7 дней происходит их превращение в ларвоцисты-цистицеркоиды. Последние выходят в просвет кишечника и через 2-2,5 месяца превращаются в половозрелые особи.

Онкосферы способны внедряться в слизистую оболочку тонкой кишки, в результате чего развивается внутрикишечная аутосуперинвазия. Вследствие данного явления в организме зараженного человека карликовый цепень может проделать неограниченное число циклов, при этом количество паразитов, особенно при иммунном дефиците, значительно умножается. Процессы аутосуперинвазии сопровождаются яркими аллергическими проявлениями.

Ларвоцисты способны проникать за пределы кишечной стенки, тогда их обнаруживают в лимфоидных фолликулах кишечника. Взрослые цепни повреждают слизистую оболочку кишечника присосками и крючьями, в местах их прикрепления под воздействием выделяемых гельминтом протеолитических ферментов развиваются глубокие язвенные и некротические изменения.

В результате обширного и глубокого воспалительного процесса в слизистой оболочке тонкой кишки при гименолепидозе наблюдаются многочисленные взаимосвязанные патологические изменения: общая воспалительная реакция; интоксикация; нарушения переваривания и всасывания пищевых веществ, способствующих возникновению дефицитных состояний, белково-калорийной недостаточности; развиваются диспептические расстройства, абдоминальный болевой синдром, дисбактериоз кишечника, которые оказывают неблагоприятное влияние на рост и развитие детей. Кроме того, цепень карликовый снижает иммунные реакции организма человека, последнее объясняет возможность длительного паразитирования паразита.

Инкубационный период гименолепидоза составляет около 2 недель. Заболевание протекает бессимптомно в 30% случаев. Выраженность клинических проявлений зависит от иммунологической реактивности организма. Хроническое рецидивирующее течение гименолепидоза отмечается при иммунодефицитных состояниях.

Типичные формы гименолепидоза проявляются лихорадкой, головной болью, кожным зудом, крапивницей, ринитом; болями в животе, тошнотой, изжогой, нарушением аппетита, рвотой, неустойчивым стулом, метеоризмом; неврологическими нарушениями; дефицитом питания; воспалительными изменениями и эозинофилией в клиническом анализе крови.

Диагноз подтверждают по данным результатов микроскопического исследования свежесвыделенных фекалий на яйца карликового цепня (3х-кратно с интервалом

2-3 недели), клинического анализа крови (выявление эозинофилии), копрограмм, молекулярно-генетического метода (ПЦР кала).

Инструментальные методы исследования (УЗИ органов брюшной полости, эндоскопическое исследование пищеварительного тракта) проводят для диагностики осложнений гименолепидоза.

Лечение больных гименолепидозом проводится в амбулаторных условиях и условиях стационара. В амбулаторных условиях лечение проводят детям с неосложненной формой гименолепидоза. В случае безуспешности проводимого лечения или его невозможности в амбулаторных условиях рассматривается вопрос о госпитализации в стационар. Госпитализации в инфекционные отделения медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь детям с инфекционными заболеваниями, подлежат дети, имеющие осложнения гименолепидоза, а также имеющие эпидемические показания.

Лечение гименолепидоза включает: режим, диету, средства этиотропной терапии (противопаразитарные препараты); средства симптоматической терапии; средства для нормализации кишечного микробиоценоза; витаминотерапию.

Больного изолируют в домашних условиях или в условиях стационара в отдельном боксе или с детьми, имеющими аналогичную нозологию до полного клинического выздоровления (в среднем на 1-2 недели). Больному рекомендуется соблюдение личной гигиены: тщательное мытье рук после каждого посещения туалета, коротко подстриженные ногти, частая смена белья, стирка белья в горячей воде и проглаживание всех вещей горячим утюгом. В помещении, где находится больной гименолепидозом, производится ежедневная влажная уборка с использованием дезинфектантов. Необходимо обеспечение больного отдельной посудой, предметами ухода. Детей, инвазированных карликовым цепнем, рекомендуют не допускать в детские дошкольные учреждения на период лечения и проведения контрольного обследования после его завершения. Карантинно-изоляционные мероприятия в отношении контактных лиц не организовываются. Меры общественной профилактики в очаге гименолепидоза предусматривают выявление и лечение больных; профилактическое обследование детских коллективов и обслуживающего персонала, контингентов работников питания, водоснабжения, торговли; санитарную обработку игрушек и предметов быта в детских учреждениях; санитарно-просветительную работу среди родителей и работников детских учреждений. Специфическая профилактика гименолепидоза не разработана.

Переболевших гименолепидозом детей наблюдают не менее 6 мес. (педиатр, семейный врач, инфекционист, паразитолог). Контрольное микроскопическое исследование фекалий на яйца карликового цепня выполняется в первые 2 мес. наблюдения – 1 раз в 2 нед., затем – ежемесячно. Реконвалесцентов гименолепидоза снимают с диспансерного учета после получения шести отрицательных результатов обследования на яйца карликового цепня.