

Доц. Каменна Вутова,¹г-р Яна Боянова,²доц. Зоя Спасова²

¹ Катедра по инфекциозни болести, паразитология и тропическа медицина, Медицински университет, София

² Клиника по гастроентерология, МБАЛ „Св. Иван Рилски“, София

Трихостронгилидоза при хората

Резюме

Трихостронгилидозата е рядко диагностицирано заболяване, с което хората се заразяват при поглъщане на ларви на малките нематоди от семейство Trichostrongylidae с водата или със зеленчуци и нискостеблени плодове. Представят се случаи на заразени от едно семейство, които не са пребивавали в чужбина. Здравословните си проблеми първата диагностицирана пациентка свързва с времето след завръщане от почивка на крайбрежието на Черно море. Заболява преди година и половина с разстройство, коликообразни болки в корема, субфебрилитет, болки в кръста. Лекувана за „пневмония“ с антибиотик. Останали нощни изпотявания, редуване на запек с диария, подуване на корема, увеличили се лимфни възли в областта на шията. Неколкократно е хоспитализирана и е провеждано лечение с антибиотици без ефект. По време на третото приемане в гастроентерологична клиника е изпратена двукратно фекална проба за изследване и във втората се доказаха яйца на Trichostrongylus species. След проведено лечение с Albendazole състоянието на болната бързо се подобри. Изследвано беше детето на болната, също с оплаквания от периодично разстройство и се доказаха трихостронгилидни яйца. Описаните случаи потвърждават факта, че в страната ни има голямо разнообразие от паразитни болести, за които е необходимо да се мисли в диференциалнодиагностичен план при болните с оплаквания от страна на храносмилателната система.

Ключови думи: трихостронгилидоза, разстройство, диагностика, Albendazole.

Трихостронгилидозата е природноендемично заболяване, което рядко се диагностицира при хората. Причинява се от малки нематоди от семейство Trichostrongylidae, паразитиращи по-често в тънките черва на тревопасните животни (от 25 до 100%) и понякога на човека. С фекалиите на опаразитените животни се отделят яйцата на паразита, от които в почвата се излюпват ларви. Хората се

Trichostrongylidosis in humans

Kamenna Vutova,¹ Yana Boianova,² Zoya Spasova²

¹Department of Infectious, Parasitic and Tropical Diseases, Medical University-Sofia

²Clinic of Gastroenterology, University Hospital “St. Ivan Rilski”, Sofia

Abstract

Trichostrongylidosis is a rarely diagnosed disease, which could be acquired by consumption of the larvae of the small nematode of the genus Trichostrongylus, with water or with vegetables or low-stemmed fruits. We present cases of infected people from one family that have not been abroad. The first diagnosed patient relates her health problems with the time after she came back from her holidays by the seaside. She got ill a year and a half ago with diarrhea, cramps in the abdomen, low temperature, and lumbosacral pains. She received antibiotic treatment for “pneumonia”. Other complaints included night sweats, alternation of constipation and diarrhea, swollen cervical lymph nodes. She was admitted to the hospital several times and received antibiotic treatment without effect. During the third hospitalization in a gastroenterological ward a faecal sample was sent for examination and eggs of Trichostrongylus spp. were found. After treatment with Albendazole she quickly got better. Her daughter had complains of periodic diarrhoea. The child was examined and eggs of Trichostrongylus were found. The cases described above confirmed the fact, that in our country there is a diversity of parasitic diseases, which should be considered in the aspect of the differential diagnosis in patients, who have gastrointestinal complains.

Key words: trichostrongylidosis, diarrhea, diagnosis, Albendazole.

заразяват при поглъщане на инвазиоспособни филариевидни ларви с водата, със зеленчуци и нискостеблени плодове.

До 1923 г. в световната литература са регистрирани няколко случая при хора в Африка, Япония и Индия, по-късно в Азербейджан е установена значителна опаразитеност в трупен материал (14.8%), а в Ленинград през 1930 г. в 74 души от 1500 изследвани.¹ В България през 1952–1954 г.

са регистрирани 24 случая с трихостронгилидоза в района на В. Търново, Плевен, Ст. Загора, Благоевград и Шумен², а през последните 58 години няма съобщения за нейното разпространение при хора. В световната литература се съобщават спорадични случаи сред хората в различни страни с топъл и влажен климат.³⁻⁷ Клиничната картина на трихостронгилидозата е разнообразна и изключително рядко се диагностицира. Продължителният близо гвезогушен период на диагностичния процес при една пациентка е повод да представим историята на нейното заболяване.

Преди година и половина (август 2002 г.) 30-годишна жена заболява, със субфебрилитет (температурата до 37.2°C), болки в кръста, подуване на корема. Лекувана за „пневмония“, останали нощни изпотявания, субфебрилитет, появило се разстройство (3–5 изхождания дневно на зелено-кафяви фекалии). След около два месеца се увеличи лимфни възли на врата, доказани стафилококи в урината и е лекувана с антибиотик. През март 2003 г. била хоспитализирана във вътрешна клиника и са извършени редица лабораторни и инструментални изследвания (хематологични, биохимични, хормонални, имунологични, гастрофиброскопия, иригография, компютърна томография и др.). В ектирпиран лимфен възел на шията са установени хистологични данни за хроничен продуктивен фиброзен лимфаденит. Обсъдена била възможността за туберкулоза, поради данни за болен в семейството. Амбулаторно е лекувана с антибиотици – цефалексин, ципрофлоксацин, сумамед, без овладяване на фебрилитета и промяна в оплакванията. Проведено е двумесечно лечение с тубоцин, римицид и етанбутол.

След една година, поради оплаквания от болки в кръста и дизурични смущения, е приета в нефрологична клиника със съмнение за туберкулоза на бъбрека. Извършени са редица изследвания, вкл. сцинтиграфия и гамакамера на бъбреците, имунологични (автоантитела, бласттрансформационен тест) и други. След консултация с невролог по повод на честите световъртежи е поставена диагноза депресивна невроза. Субфебрилната температура до 37.2°C персистира и е изписана с препоръка да се изключи хроничен апендисит и е насочена към гастроентеролог и хирург.

Половин година по-късно (януари 2004 г.) са установени повишени стойности на ревматоидния фактор, положителен резултат за микоплазмена пневмония и *Candida albicans* във вагинален материал. След още два месеца е хоспитализирана в гастроентерологична клиника с оплаквания от болки в кръста с ирадиация в страни и към долната коремна половина, които от две седмици са постоянни, коликообразни (до тогава 2 пъти месечно по 3–4 дни), редуване на диария и запек с примес на слюз, дисменорея

(открит жлезист цервикален полип), субфебрилна температура. Обективно се установяват увеличени лимфни възли вдясно ингвинално и вляво на шията, палпаторна болезненост в илеоцекалната, супрапубичната област и епигастриума. Извършени са редица изследвания – повторно хемокултури, микробиологични изследвания, имунен статус, автоантитела за HIV-инфекция (отрицателен резултат), с фиброколоноскопия са установени вътрешни хемороидални възли, а заключението на психиатър е паническо разстройство с агарофобия и хиподепресивен синдром. Във втората изпратена фекална проба за изследване за чревни паразити доказахме трихостронгилидни яйца.

Болната беше преведена в клиника по инфекциозни болести, паразитология и тропическа медицина с оплаквания от отпадналост, с температура 37.3°C, прерязване около пъпа, трикратни дефекации дневно, подуване на корема и коликообразни болки. Тези оплаквания пациентката свързва с времето след завръщане от почивка на крайбрежието на Черно море. Резултатите от лабораторните изследвания са без съществени отклонения от нормалните стойности, с изключение на кръвната картина – 12% еозинофилни клетки при брой левкоцити 12.6 G/l. Проведе се лечение със *Albendazole* (*Zentel*) 3 тб. дневно, в три приема за 5 дни. Състоянието на болната се подобри значително, като оплакванията намаляха до края на терапевтичния курс. При контролен преглед след шест месеца пациентката е без оплаквания и с напълно възстановена трудоспособност. Оплаквания от периодично появяващи се болки около пъпа, обрив по кожата на тялото със сърбеж, диарични изхождания неколкократно дневно има и детето ѝ (на 8 години), във втората фекална проба на което също се доказаха трихостронгилидни яйца. Проведе се лечение със *Zentel* 10 mg/kg тегло за 5 дни. По данни на пациентката оплаквания от гадене, присвиващи болки в корема, диарични изхождания има и съпругът, но той отказа да се изследва за чревни паразити.

Стронгилоидозата е рядко срещана паразитоза при хората в Европа и в страната ни. Тази инвазия може да се обясни с използването на свежа животинска тор без биотермична стерилизация при отглеждане на зелчуци и нискостеблени плодове, както се описва в Европа.⁵ При липса на съществени отклонения в лабораторните резултати на заразните, се поставят различни диагнози, без да се установява причината за оплакванията им. Описаните болни с трихостронгилоидоза потвърждават необходимостта да се мисли за чревни паразити в клиничната практика и наред с добрата лична хигиена да се избягва използването на вода от неясни водоизточници и да се измиват добре суровите зеленчуци и плодове.

Литература

1. Генов Г. Трихостронгилоидоза. Медицинска паразитология. Медицина и физкултура, София 1961; 385–388.
2. Генов Г. и С. Ненов. Географско разпространение на на хелминтозите у човека в България. София, 1957.
3. Boreham R., McCowan M., Ryan A., Allworth A., Robson J. Human trichostrongyliasis in Queensland. *Pathology* 1995; 27, 182–185.
4. Ghadirian E., Arfaa F. Present status of trichostrongyliasis in Iran. *Am J Trop Med Hyg* 1975; 24, 935–941.

Пълната библиографска справка е на разположение в издателството и може да бъде представена при поискване.