**ГЕЛЬМИНТОЗЫ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ОРГАНОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТ**

**АСКАРИДОЗ** представляет собой наиболее частый гельминтоз, распространенный по всему земному шару.

**ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ**:

 Возбудителем аскаридоза является круглый гельминт аскарида человеческая (**Ascarislumbricoides)**. Взрослые особи имеют веретенообразную форму, а живые или выделившиеся из кишечника аскариды имеют красновато-желтый цвет, а после гибели приобретают беловатую окраску. Длина самца составляет 15—25 см, ширина — 2—4 мм, а задний конец его тела загнут крючком. Самка имеет прямое строение длиной 25—40 см и 3—6 мм в толщину. Размер яиц аскарид составляет (0,050-0,106) х (0,40-0,050) мм. Единственным источником инвазии является человек, в кишечнике которого паразитируют самки и самцы аскарид. За сутки зрелая самка способна отложить до 245 тыс. яиц, причем откладываются как оплодотворенные, так и неоплодотворенные яйца. Инвазию могут вызывать только оплодотворенные яйца. Во внешнюю среду с калом выделяются незрелые яйца гельминтов, и созревание их происходит только при благоприятной для развития температуре и влажности. Личинка созревает внутри яйца в течение 9—42 дней при температуре 13—30 °С. Продолжительность созревания в среднем составляет 16—18 дней. Далее сформировавшаяся в яйце подвижная личинка совершает линьку и только после этого приобретает инвазионную способность. При температуре ниже 12 °С развития не происходит, но при этом жизнеспособность яиц и начавших развиваться личинок сохраняется, поэтому в некоторых районах процесс созревания может продолжаться несколько теплых сезонов. Заражение человека происходит при проглатывании зрелых яиц, которые могут находиться на поверхности овощей, особенно выращенных на садово-огородных участках, где в ряде случаев используются в качестве удобрений необезвреженные фекалии человека. Из зрелых яиц, проглоченных человеком, в тонкой кишке выходят личинки, которые активно внедряются в стенку кишки и проникают в кровеносные капилляры, а далее гематогенно мигрируют в печень и легкие, где активно питаются сывороткой крови и эритроцитами. В легких личинка активно выходит в альвеолы и бронхиолы, продвигается по мелким и крупным бронхам с помощью реснитчатого эпителия до ротоглотки, где происходит заглатывание мокроты с личинками и попадание их в кишечник, где личинка в течение 70—75 суток достигает половой зрелости. Продолжительность жизни взрослой аскариды достигает года, после чего она погибает и вместе с калом выделяется наружу. Наличие аскарид на протяжении нескольких лет у одного человека связано только с повторными заражениями. В период миграции личинок клиническая симптоматика аскаридоза обусловлена в основном аллергическими проявлениями, которые возникают в ответ на сенсибилизацию продуктами обмена и распада личинок. В стенке кишечника, легких образуются эозинофильные инфильтраты (синдром Леффлера). Токсико-аллергические реакции также характерны и во время локализации взрослых аскарид в кишечнике. Активная миграция личинок обусловливает характерные для механического воздействия гельминтов проявления — кровоизлияние в легкие и кровохарканье появляется после разрывов капилляров. Попав в кишечник, аскариды удерживаются в его просвете, упираясь концами в стенку кишки, чем обусловлена их выраженная мобильность и способность опускаться и подниматься по ходу кишечника с попаданием в желудок и даже через пищевод и глотку в дыхательные пути. Наиболее тяжелые клинические проявления встречаются при проникновении аскарид в печень, поджелудочную железу. Взрослые гельминты острыми концами могут травмировать стенку кишечника, а скопления аскарид иногда становятся причиной механической кишечной непроходимости. Раздражение нервных окончаний и токсическое влияние на них продуктов жизнедеятельности гельминтов иногда становится причиной спастической непроходимости кишечника. При миграции аскарид в другие органы создаются условия для присоединения бактериальной инфекции с развитием о сложнений гнойного характера (абсцессы, холангиты и т.п.)

 **КЛИНЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИ:**

 Клинические симптомы аскаридоза во многом зависят от локализации паразитов и интенсивности инвазии. В клиническом течении аскаридоза выделяют 2 фазы — раннюю (миграционную) и позднюю (кишечную). В ранней фазе аскаридоза клинические проявления порой мало выражены, заболевание протекает незаметно. В редких случаях начало болезни проявляется с выраженного недомогания, появляется сухой кашель или с незначительным количеством слизистой мокроты, реже слизисто-гнойной. Мокрота иногда приобретает оранжевую окраску и имеет небольшую примесь крови. Температура тела обычно нормальная или субфебрильная, редко поднимается до 38 °С. В легких выслушиваются влажные хрипы, у ряда больных обнаруживается укорочение перкуторного звука. В отдельных случаях возникает сухой или выпотной плеврит. Характерны для этой стадии изменения на коже, которые часто проявляются в виде крапивницы и мелких пузырьков с прозрачным содержимым на кистях и стопах. Поздняя фаза аскаридоза связана с пребыванием гельминтов в кишечнике. Редко она протекает субклинически. Значительно чаще, однако, больные отмечают повышенную утомляемость, изменение аппетита, обычно его понижение, тошноту, иногда рвоту, боли в животе. Боли возникают преимущественно в эпигастрии, вокруг пупка или в правой подвздошной области и часто носят схваткообразный характер. У некоторых больных бывают чередование поносов с запорами. Со стороны нервной системы при аскаридозе встречаются: головная боль, головокружение, повышенная утомляемость, беспокойный сон. В ряде случаев могут отмечаться истерические припадки и эпилептиформные судороги. Часто встречается гипотония. Наиболее опасны осложнения аскаридоза: непроходимость кишечника, которая обусловлена закрытием просвета кишечника клубком из аскарид, проникновение гельминтов в желчные протоки и желчный пузырь с сильными болями, не снимающимися даже наркотическими анальгетиками, механическая закупорка аскаридами общего желчного про тока с возникновением механической желтухи. В результате присоединения бактериальной инфекции нередко возникают гнойный холангит и множественные абсцессы печени, которые в свою очередь могут осложниться перитонитом, гнойным плевритом, сепсисом, абсцессами в брюшной полости. Проникновение аскарид в протоки поджелудочной железы вызывает острый панкреатит, а попадание их в червеобразный отросток становится причиной аппендицита. В редких случаях паразиты заползают в дыхательные пути, что становится причиной смерти от асфиксии.

 **ДИАГНОСТИКА**: аскаридоза в миграционной стадии базируется на распознавании эозинофильных инфильтратов с учетом клинико-рентгенологических, гематологических и иммунологических данных. Рентгенологическая картина этих инфильтратов может симулировать туберкулез, пневмонию, опухоль легкого. При рентгенологическом исследовании легких отмечается наличие округлых, овальных, звездчатых, фестончатых, многоугольных инфильтратов. Инфильтраты могут быть как одиночными, так и множественными, обнаруживаются в одной доле или по всему легкому. Контуры их неровные, расплывчатые. Эозинофильные инфильтраты выявляются в пределах 2—3 нед. и основным отличием их при аскаридозе является быстрое исчезновение без каких-либо остаточных явлений. Подобные инфильтраты могут обнаруживаться и при других гельминтозах — анкилостомидозах и стронгилоидозе. Количество лейкоцитов обычно нормальное, и лишь иногда наблюдается лейкоцитоз. Характерна эозинофилия, достигающая у некоторых больных 60—80%, и она появляется, как правило, одновременно с инфильтртами в легких. Достоверное установление аскаридоза в первой фазе основано на обнаружении личинок аскарид в мокроте и постановке иммунологических реакций, обнаруживающих в крови больных специфические антитела. При наступлении кишечной стадии заболевания основным методом диагностики становится исследование кала на яйца аскарид. Если яйца обнаруживаются в дуоденальном содержимом, это свидетельствует о заползании аскарид в желчные и панкреатические протоки.

**ЛЕЧЕНИЕ** проводится антигельминтыми препаратами по назначению врача(!)



