

Случай анкилостомидоза в практике врача-дерматовенеролога

Е.Н. Ефанова¹, Е.Л. Савенко², Ю.Э. Русак¹, Л.Л. Федив¹

¹ БУ ВО «Сургутский государственный университет ХМАО — Югры»
628412, г. Сургут, Ханты-Мансийский автономный округ — Югра, пр. Ленина, д. 1

² Медико-санитарная часть ООО «Газпром трансгаз Сургут»
628403, г. Сургут, Ханты-Мансийский автономный округ — Югра, ул. 50 лет ВЛКСМ, д. 3/1

Представлено наблюдение анкилостомидоза (мигрирующая кожная личинка), гельминтоза из группы нематодозов. Описана диагностика и лечение анкилостомидоза у 28-летнего пациента, прибывшего из эндемичного района.

Ключевые слова: **анкилостомидоз, нематодозы, мигрирующая кожная личинка, поражение кожи стоп.**

Контактная информация: el.efanova2011@yandex.ru. Вестник дерматологии и венерологии 2016; (1): 69—72.

Ancylostomiasis case in a physician-dermatologist practice

E.N. Efanova¹, E.L. Savenko², J.E. Rusak¹, L.L. Fediv¹

¹ Surgut State University, Khanty-Mansi Autonomous Area — Yugra
Lenina str., 1, Surgut, Khanty-Mansi Autonomous Okrug — Yugra, 628412, Russia

² Gazprom Transgaz Surgut, LLC Medical Unit
50 years of the VLCSM str., 3/1, Surgut, Khanty-Mansi Autonomous Area — Yugra, 628403, Russia

Hookworm disease (larva migrans) observation of a nematosis worms group is presented. Diagnosis and the treatment of a 28-year-old patient from an endemic area, who has hookworm disease, are described.

Key words: **hookworm disease, nematosis, migrating larva, feet dermhelminthiasis.**

Corresponding author: el.efanova2011@yandex.ru. Vestnik Dermatologii i Venerologii 2016; 1: 69—72.

■ В настоящее время в практике врача-дерматовенеролога нередко встречаются непрофильные заболевания, имеющие кожные проявления, в том числе и гельминтозы.

Актуальность проблемы обусловлена участвовавшими случаями завоза гельминтозов с кожными проявлениями за счет активной миграции населения и туризма. На этом фоне возрастает интерес к «тропической» дерматологии.

Анкилостомидоз (сыпь рудокопов, земляная чесотка, египетский хлороз) — гельминтоз из группы нематодозов. Всего в мире насчитывается 576 млн больных анкилостомидозом. У большинства больных заболевание протекает бессимптомно [1, 3].

Возбудители анкилостомидоза — паразитические круглые черви из рода анкилостом (*Ancylostoma*). Наиболее распространенными являются *A. duodenale* и *N. americanus* [3].

Строение: половозрелая особь красно-коричневого цвета, самка длиной 9—15 мм, самец 7—10 мм, головной конец загнут на спинную сторону (отсюда название — кривоголовка). На головном конце находится ротовая капсула с 4 режущими зубцами. В нее открываются протоки двух желез, секрет которых препятствует свертыванию крови. Яйца овальные, бесцветные, с тонкой оболочкой. Размер яиц 66 × 38 мкм. В свежeweделенных яйцах в центре находятся 4—8 зародышевых клеток. При исследовании через сутки внутри можно увидеть личинку [3, 4].

Заражение анкилостомидозом происходит при контакте с землей, в которой обитают личинки анкилостомы (например, при хождении босиком по земле или песку личинки анкилостомы могут проникнуть в организм человека через кожу); при употреблении в пищу овощей и фруктов, загрязненных личинками анкилостомы.

Географическое распространение анкилостомидозов обусловлено наличием эндемичных очагов преимущественно субтропических и тропических стран — Южная Азия, страны Африки, Центральная и Южная Америка, Австралия, где подвергается инвазии до 45—50% местного населения. Периодически анкилостомидозы встречаются и в странах с умеренным климатом (Италия, Сербия и др.). Из близлежащих стран в эпидемических сводках фигурируют Грузия, Азербайджан, Туркмения, Казахстан, Узбекистан [1—4].

Клинические проявления. В месте проникновения возбудителя через 1—2 дня на коже появляется красная зудящая точка, покраснение, отек. Такая картина, названная земляной чесоткой, чаще всего наблюдается на ступнях и сохраняется в течение 1—2 нед.

Массивная инвазия может приводить к отекам конечностей. Когда личинки анкилостомы попадают в органы дыхания (стадия легочной миграции), у человека возникают одышка и кашель, иногда с кровью.

Примерно через месяц после проникновения в организм человека личинки анкилостомы поражают пищеварительный тракт, и у человека появляются гастроинтестинальные симптомы. Характерны симптомы поражения ЦНС: слабость, быстрая утомляемость, одышка, головокружение, потемнение в глазах, шум в ушах, отставание в умственном и физическом развитии [1—4].

Специфическая диагностика анкилостомидоза:

- сероиммунологические методы — РСК, РНГА, ИФА и др.;
- в период миграционной фазы обнаружение личинок в крови и мокроте, рентгенография органов грудной клетки (транзиторные легочные инфильтраты во время легочной миграции паразита);
- в период хронической фазы: овоскопия фекалий, реже — дуоденального содержимого; гельминтоскопия фекалий — при высокой степени инвазии анкилостомы в фекалиях могут быть обнаружены невооруженным глазом [3, 5].

Описание клинического случая

Пациент А., 1987 г. рождения, житель г. Сургута, консультирован 20.08.2014 в связи с кожными высыпаниями. Предъявлял жалобы на высыпания на коже правой стопы, сопровождающиеся чувством жжения, покалывания, умеренным зудом, болезненностью.

Анамнез заболевания: считает себя больным около 1 нед., когда появились высыпания на коже правой стопы. Начало заболевания связывает с поездкой в Таиланд, хождением босыми ногами по пляжу. За медицинской помощью не обращался. Самостоятельно использовал раствор фулорцина без эфффекта.

Эпидемиологический анамнез: жилищно-бытовые условия удовлетворительные. Возникновение заболевания связывает с поездкой в эндемичную зону (Таиланд) с 08.08.2014 по 18.08.2014. Наличие парентеральных манипуляций медицинского и немедицинского характера за последние 6 мес. отрицает. Контакт с инфекционными больными отрицает. Из близкого окружения заболевших нет. Ранее глистными инвазиями не болел.

Анамнез жизни без особенностей.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7 °С. Сознание ясное, реакция на осмотр адекватная. Телосложение правильное, нормостеническое. Менингеальной и очаговой неврологической симптоматики нет. Слизистые оболочки влажные, физиологической окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Со стороны внутренних органов и систем без патологии. Стул и диурез не нарушены.

Локальный статус: патологический кожный процесс носит ограниченный характер. На коже подошвенной поверхности правой стопы отмечается очаг умеренной гиперемии, на поверхности единичные па-

пуловезикулы, склонные к слиянию в гирляндоподобные формы, с относительно четкими границами, размером в ширину до 0,2 см, в длину до 4,0 см. Кожа слегка отечна, при пальпации ощущается уплотнение, умеренная болезненность.

Результаты дополнительных методов обследования:

Гемограмма при обращении: Hb — 117 г/л, эр. — $3,04 \cdot 10^{12}$ /л, тр. — $127 \cdot 10^9$ /л, л. — $9,8 \cdot 10^9$ /л, с. — 68%, э. — 2%, лимф. — 26%, мон. — 4%; СОЭ — 15 мм/ч.

Общий анализ мочи: удельный вес 1020, pH 5,5, белок и глюкоза не обнаружены, лейкоциты 2—3 в поле зрения, эритроциты не обнаружены.

Кал на яйца гельминтов — не обнаружено.

На основании жалоб, анамнеза, клинического осмотра и эпидемиологических данных поставлен клинический диагноз: В76.9 Анкилостомидоз неуточненный. Миграция личинок в коже БДУ.

В лечении совместно с врачами-инфекционистами назначено: мебендазол 100 мг в сутки после еды (3 дня), краска Каstellани, крем Белогент 2 раза в день на очаг поражения 10 дней.

На фоне лечения отмечена положительная динамика в виде частичного регресса высыпаний, отсутствия уплотнения и болезненности при пальпации. Свежих высыпаний на коже и видимых слизистых не обнаружено (рис. 1, 2).

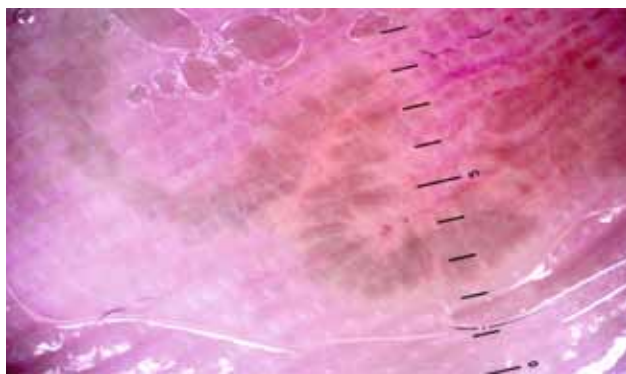


а

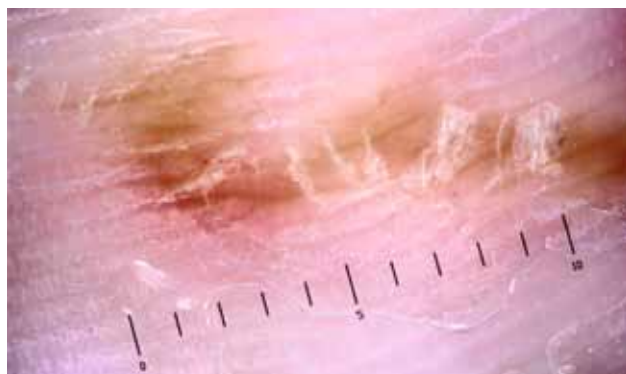


б

Рис. 1. Клинические проявления анкилостомидоза неуточненного (стадия мигрирующей личинки) на коже подошвенной поверхности правой стопы: а — до лечения; б — после лечения



а



б

Рис. 2. Дерматоскопическая картина анкилостомидоза неуточненного (стадия мигрирующей личинки). $\times 10$: а — до лечения; б — после лечения

Заключение

Для правильной диагностики кожных проявлений гельминтоза необходимы доскональный сбор анамнеза и физикальное исследование. Обзор кожных проявлений должен учитывать первоначальную картину поражения, ее динамику, анатомическое

распространение, топографоанатомические особенности локализации высыпаний. Учитывая активные выезды граждан Российской Федерации за пределы страны, врачам-дерматовенерологам необходимо иметь «настороженность» по тропическим дерматозам. ■

Литература

1. Uchaykin V.F. Atlas detskih infektsionnykh zabolovaniy: atlas-spravochnik. M: GEOTAR-Media 2009; 30—32. [Учайкин В.Ф. Атлас детских инфекционных заболеваний: атлас-справочник. М: ГЭОТАР-Медиа 2009; 30—32.]
2. Skripkin Yu.K., Mordovtsev V.N. Kozhnyie i venericheskie bolezni: rukovodstvo dlya vrachev. M: Meditsina 1999; (1): 424. [Скрипкин Ю.К., Мордовцев В.Н. Кожные и венерические болезни: руководство для врачей. М: Медицина 1999; (1): 424.]
3. Dermatologiya Fitspatrika v klinicheskoy praktike: ucheb posobie. K. Volf i dr. T. 3. M: BINOM 2013; 2622. [Дерматология Фицпатрика в клинической практике: учеб пособие. К. Вольф и др. Т. 3. М: БИНОМ 2013; 2622.]
4. Lobzin Yu.V., Kozlov S.S., Uskov A.N. Rukovodstvo po infektsionnym boleznyam s atlasom infektsionnoy patologii. M: Meditsina 2000; 348. [Лобзин Ю.В., Козлов С.С., Усков А.Н. Руководство по инфекционным болезням с атласом инфекционной патологии. М: Медицина 2000; 348.]
5. Babayants R.S. Kozhnyie i venericheskie bolezni zharkikh stran: monografiya. M: Meditsina 1972; 270—275. [Бабаянц Р.С. Кожные и венерические болезни жарких стран: монография. М: Медицина 1972; 270—275.]

об авторах:

Е.Н. Ефанова — к.м.н., доцент кафедры инфекционных, кожных и венерических болезней медицинского института БУ ВО «Сургутский государственный университет ХМАО — Югры»

Е.Л. Савенко — к.м.н., врач-дерматовенеролог высшей квалификационной категории медико-санитарной части ООО «Газпром трансгаз Сургут»

Ю.Э. Русак — д.м.н., профессор, зав. кафедрой инфекционных, кожных и венерических болезней медицинского института БУ ВО «Сургутский государственный университет ХМАО — Югры»

Л.Л. Федив — клинический ординатор кафедры инфекционных, кожных и венерических болезней медицинского института БУ ВО «Сургутский государственный университет ХМАО — Югры»

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье