

ТРИХОЦЕФАЛОЗА

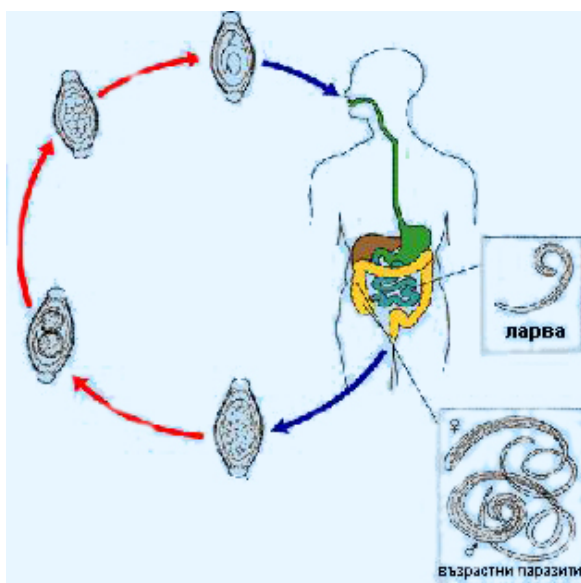
Трихоцефалозата е хелминтно заболяване на човека, което протича обикновено хронично, със стомашно-чревен, нервнодиспептичен и анемичен синдром. Тя се среща както в тропическите страни, така и в страните с умерен климат. У нас е разпространена ендемично в планинските и полупланински гористи райони. Ареалът на разпространение почти съвпада с този на аскаридозата.

Етиология. Причинителят на трихоцефалозата е малък белезникав на цвят разделнополов нематод *Trichocephalus trichiurus*. Космоглавът е кръгъл червей с нишковиден преден и задебелен заден край. Женските са по-големи от мъжките и достигат дължина от 35 мм до 55 мм. Мъжките са дълги от 35 мм до 45 мм. Посредством предния край той се прикрепва към лигавицата на червото. Задебеленият заден край, при мъжките е спираловидно завит, а при женските дъговидно, проминава в лумена на червото. Паразитът е типичен макрофаг. Яцата му имат лимоновидна форма. Обвити са с кафявочервеникава четрислойна обвивка, като вътрешните 2 слоя го обвиват изцяло, докато външните не обвиват полюсите и се създава впечатление, че яйцата имат капаче на двата полюса. Половозрелите женски паразити снасят до 3 500 яйца в денонощие.

Биологичен цикъл

Биологичният цикъл на трихоцефалите наподобява този при аскаридозата. Източник на заразата е опаразитения човек. С фекалиите яйцата попадат в околната среда и при температура 28 - 30°C ембрионират за 18 – 20 дни и стават инвазиоспособни. Механизмът на заразяване е фекално-орален. От попадналите в червата на човека яйца се излюпват личинки. Те проникват между чревните въси и иберкюновите жлези, нарастват в продължение на 10 дни, след което мигрират и достигат до крайната си локализация – илеоцекалната област.

Тук те се фиксират с предния си край за лигавицата. Биологичният цикъл на развитие се извършва за 30 – 40 дни. Продължителността на живот на паразитите е 5 години.



Клинична картина - Епидемиологичната инкубация е 45 дни. Заболяването протича от безсимптомно до манифестна клинична картина, включително с летален изход, в зависимост от степента на екстензивността и имунния статус на опаразитения човек. Независимо от полиморфното протичане се оформят три основни синдрома: диспептичен, невро-вегетативен и анемична, като водещ е диспептичният. Параклиничните изследвания показват умерено или значително изразена (в зависимост от интензивността) желязодефицитна анемия с левкоцитоза, понякога еозинофилия, увеличена утайка и винаги положителна проба на фекалиите за окултни кръвоизливи. В страните с умерен климат интензивността е лека или умерено представена, поради което заболяването протича по-леко. В тропическите и субтропическите райони тя е масивна. Освен това там заболяването асоциира с други бактериални, вирусни или паразитни агенти, поради което протича тежко.

Диагностика – поставя се въз основа на епидемиологичните, клиничните, параклиничните и лабораторно паразитологичните изследвания. Паразитологична диагноза се поставя при откриване на яйца на причинителя като се изследват фекалии с методите нативна намазка, обогатителните методи флотация и седиментация, метод на Като на дебелата фекална намазка, метод на Stool (за установяване на степента на интензивността). Серологичните реакции тук нямат диагностична стойност.

Етиологично лечение – Мебендазол (Вермокс), таблетки от 100 и 500 мг., дозира се по 600 мг. дневно (3 x 2 тбл.) за 3 – 5 дневен лечебен курс. Албендазол (Зентел) – таблетки по 100, 200 и 400 мг. Дозира се по 400 мг. еднократно. Флубендазол (Флувелмал) – таблетки от 100 мг. Дозира се по 1 таблетка 2 пъти дневно за 3 дни. Трихоцефалозата е трудно лечима паразитоза. След проведено лечение се правят късни контроли – на 30-ия ден. При нужда лечението се повтаря.

Профилактика – свързана е със спазване на личната хигиена, обществената, предпазване от фекално замърсяване на дворовете, битови и обработваеми площи, обилно измиване на нискостеблените плодове и зеленчуци. Диспансеризацията се осъществява за 3 месеца. При трикратно отрицателен резултат пациентът се сменя от отчет.