

Анизакидоз (Anisacidosis) (синонимы: анизакидоз - рус., anisakiasis - англ., anisakiase - франц.) - зоонозный гельминтоз и характеризующийся поражением желудочно-кишечного тракта, вызываемый паразитированием личиночных стадий нематод семейства Anisakidae в организме человека.

Паразитирование у человека личинок нематод рода *Anisakis* (селедочный червь), *Phocanema* (тресковый червь) и др. вызывает острое заболевание с выраженной аллергической симптоматикой. Анизакиоз регистрируется в Америке, Японии, Нидерландах. Во всех странах возбудитель паразитирует в рыбе из пресноводных, солоноватых и соленых водоемов.

Что провоцирует Анизакидоз:

Возбудители анизакидоза человека - личиночные стадии развития гельминтов родов: *Anisakis*, *Contracaecum*, *Pseudoterranova*, *Hysterothylacium*, относящихся к отряду *Ascaridida* Skrjabin et Schikhobalova, 1940, семейству *Anisakidae* Skrjabin et Korokhin, 1945,. Окончательными хозяевами этих гельминтов служат многие морские млекопитающие (китообразные, ластоногие), хищные морские рыбы и рыбаобразные птицы, в желудочно-кишечном тракте которых паразитируют самцы и самки анизакид. Средняя длина самок 60-65 мм, самцов - 50-55 мм. Тело веретенообразное, суженное к обоим концам (более сужено к головному концу). На головном конце имеется три губы.

Оплодотворенные яйца попадают в воду, где из них выходит личинка, которую заглатывают первые промежуточные хозяева - ракообразные, из состава криля, чаще всего принадлежащих к семейству *Euphausiidae*.

Дополнительными хозяевами служат многие морские рыбы, моллюски, более крупные ракообразные, питающиеся мелкими ракообразными. Личинки анизакид в организме промежуточных хозяев локализируются в полости тела, на поверхности или внутри различных внутренних органов и в мускулатуре рыб. Они находятся внутри полупрозрачных капсул - цист, либо без них. Размеры цист в среднем составляют 3-7 × 1-2 мм. Личинки анизакид, которые не инцистируются, например *P. dicipiens*, имеют длину от 1,5 до 6 см.

Заражение окончательных хозяев происходит при поедании ими зараженных промежуточных хозяев: рыб, ракообразных и моллюсков. Если более крупные промежуточные хозяева питаются более мелкими, которые инвазированы личинками, то эти личинки накапливаются в теле более крупной, хищной рыбы.

Патогенез (что происходит?) во время Анизакидоза:

Люди заражаются при употреблении в пищу сырых, маринованных или слегка присоленных рыбных деликатесов, таких как «зеленая сельдь», суши, сашими, суномоно, чавыча и гравлакс, которые содержат личинки III стадии развития. Инвазия может быть асимптоматичной и обнаруживается только тогда, когда гельминт выделяется при кашле или с рвотными массами. Однако чаще личинки возбудителя проникают в

слизистую оболочку желудка, тонкого или, более редко, толстого кишечника.

Здесь они продуцируют эозинофильные гранулематозные опухоли с отеком, утолщением и индурацией стенки кишечника, которые могут быть приняты за карциному желудка или регионарный энтерит. Иногда личинки могут проникать через стенку кишечника и вызывать поражение других органов брюшной полости. Также описаны случаи перфорации кишечника с перитонитом.

В патогенезе поражений, развивающихся при анизакиозе, так же как и при токсокарозе, ведущую роль играет сенсбилизация реакции организма антигенами личинок. Морфологически в стенке желудка и кишечника находят гранулемы с личинкой в центре, отек, кровоизлияния в слизистой оболочке желудочно-кишечного тракта.

При гастроскопии могут быть обнаружены и в ряде случаев удалены личинки длиной от 2 до 4 см, проникшие в слизистую оболочку. У представителей европеоидной расы наиболее часто поражается тонкий кишечник.

Симптомы Анизакидоза:

Инкубационный период анизакидоза составляет от нескольких часов до 7-14 суток. Во многом, клиническая картина заболевания обусловлена местом локализации паразитов. При нахождении личинок в просвете кишечника симптоматика может быть весьма скудной. При желудочной локализации (наиболее частая форма заболевания) больных беспокоит сильная боль в эпигастрии, тошнота, рвота, иногда с кровью. Отмечается субфебрильная или фебрильная лихорадка, развитие аллергических реакций немедленного типа (крапивница, отек Квинке).

В случае ретроградной миграции личинок анизакид из желудка в пищевод возникают боль и раздражение в горле, кашель. При кишечном анизакидозе больные жалуются на боли в области пупка и в правой подвздошной области, урчание в животе, метеоризм. Возможно возникновение симптомокомплекса острого живота, характерного для аппендицита или непроходимости кишечника.

Течение анизакидоза может быть острым, подострым или хроническим.

В легких случаях течения заболевания преобладают диспепсические расстройства (тошнота, рвота, боли в животе). При тяжелом течении инвазии возникают приступообразные боли в животе, иногда симптомы кишечной непроходимости. Нередко наблюдается симптоматика язвенной болезни или опухоли.

Клиническая картина анизакидоза может быть достаточно тяжелой и имитировать признаки острого хирургического заболевания живота. Однако чаще схваткообразные боли, диффузная болезненность живота, лихорадка и лейкоцитоз развиваются через неделю и более после употребления в пищу рыбы. Заболевание обычно спонтанно регрессирует на фоне консервативного лечения.

Осложнения анизакидоза.

К серьезным осложнениям кишечного анизакидоза относится прободение кишечной стенки и попадание кишечного содержимого в брюшную полость с развитием перитонита.

Диагностика Анизакидоза:

Диагноз ставится на основании сведений об употреблении в пищу сырой сельди, трески, клинической картины и морфологического исследования биопсионного материала. Иногда личинок можно обнаружить в рвотных массах или фекалиях больного. В настоящее время разработаны критерии морфологической идентификации личинок анизакид.

Личинок гельминтов можно обнаружить при контрастной рентгенографии и эндоскопии или при исследовании резецированных при хирургических операциях участков желудка и кишечника. При фиброгастродуоденоскопии, в местах внедрения гельминтов, обнаруживается отек слизистой оболочки с множественными точечными эрозиями. При исследовании крови выявляется умеренный лейкоцитоз и эозинофилия. Появились серологические методы диагностики (выявление специфических иммуноглобулинов к антигенам анизакид) . При копроскопии личинки или яйца анизакид не обнаруживаются. Идентификация паразита до рода и вида возможна при исследовании личинок, удаленных при эндоскопии или хирургическом вмешательстве.

Анизакиоз следует дифференцировать с язвенной болезнью желудка и 12 перстной кишки, гастритом, панкреатитом, холециститом и опухолями. При кишечной форме необходимо исключить аппендицит, дивертикулит, опухоли, колит и энтероколит.

Лечение Анизакидоза:

Лечение анизакидоза не разработано. Можно ожидать эффекта от применения мебендазола и тиабендазола. При явлениях кишечной непроходимости резецируют пораженный участок кишки. При своевременном лечении прогноз хороший.

Профилактика Анизакидоза:

Профилактические мероприятия анизакидоза включают соблюдение правильной технологии обработки рыбы (быстрое потрошение), выдерживание рыбы в морозильных камерах при температуре 20°С в течение 60 ч, правильную кулинарную обработку рыбы.