

# هیمنولپیس نانا

نام بیماری: عفونت کرم نواری کوتوله.

❖ ریخت شناسی و چرخه ی زندگی

❖ این کرم کوتاه و به اندازه ی متوسط ۲۰ در ۰/۰ میلی متر ممکن است متجاوز از ۲۰۰ پروگلوتید داشته باشد.

❖ اسکولکس کوچک و کروی کرم دارای رستلومی کوتاه، قابل ارتجاع و مجهز به حلقه ی منفردی از قلابهای کوچک و ۴ بادکش فنجانی است

❖ بند بالغ دوزنقه ای شکل به عرض تقریبی ۴ برابر طول، دارای یک سوراخ تناسلی در طرف چپ، سه بیضه کرد و یک تخمدان دو قسمتی است.

❖ در بند بارور، رحم کیسه ای شکلی حاوی ۱۸۰-۸۰ عدد تخم است.

❖ تخم بیضی و یا کروی گرم دارای دو غشاء است که جنین شش قلابه را در میان می گیرد.

❖ غشای داخلی دارای دو ضخامت در قطبهای خود می باشد که از هر یک ۸-۴ رشته ی قطبی باریک منشاء می گیرد.

❖ جایگاه کرم قسمت فوقانی ایلئوم می باشد و دوره ی زندگی آن چند هفته است.

❖ میزبانان قطعی طبیعی عبارتند از: انسان، موش و موش صحرائی

❖ این کرم در چرخه ی زندگی خود به میزبان واسط نیاز ندارد.

❖ هیمنولپیس نانا نوع فراترنا از کک و سوسک به عنوان میزبانان واسط استفاده می کند و عفونت در میزبان قطعی ناشی از خوردن آنها است.

❖ پروگلوئیدهای بارور هیمنولپیس نانا در روده پاره شده و تخمهای آزاد شده بلافاصله پس از دفع با مدفوع، عفونت را هستند.

❖ تخم پس از خورده شدن توسط میزبان جدید، باز شده و انکوسفر در روده ی کوچک آزاد شده و داخل پرزها می شود.

❖ در این مکان قلابچه های خود را از دست داده و در طی ۴ روز تبدیل به سرکوسیسی تیس می شود.

❖ لارو هیمنولپیس نانا سیستی سرکوئید نام دارد.

❖ لاروپس از خروج از پرزها داخل مجرای روده شده و به مخاط می چسبد و در عرض ۱۲-۱۰ روز تبدیل به کرم دارای استروویلا می شود.

❖ قریب به ۳۰ روز پس از عفونت تخمها در مدفوع ظاهر می شوند.

❖ خودآلودگی داخلی در عفونتهای شدید دیده می شود.

❖ در این حالت تخم به جای دفع با مدفوع میزبان، در مجرای روده باز شده و انکوسفر آزاد شده وارد پرزها شده و رشد دوره ای خود را تکرار می کند.

# همه گیر شناسی

❖ تخمین زده می شود که بیش از ۲۰ میلیون نفر در سراسر جهان مبتلا به عفونت باشند.

❖ بررسی های مختلف بیانگر آن هستند که شیوع بیماری در کشورهای مختلف از ۲/۳-۷/۱۰٪ متغیر است، اگر چه، در برخی مناطق ۱۰٪ کودکان، آلوده به این کرم هستند.

❖ انتقال عفونت بستگی به تماس بلافاصله با منبع عفونی دارد زیرا تخمهای غیر مقاوم گرم، به گرما و خشکی حساس بوده و خارج از بدن مدت زیادی قادر به ادامه ی حیات نیستند.

❖ عفونت مستقیماً از طریق دستی – دهانی و به میزان کمتری با غذا یا آب آلوده و احتمالاً توسط حشرات میزبان واسط منتقل می شود.

❖ عادات غیر بهداشتی کودکان، زمینه ساز شیوع انگل در گروههای سنی جوان است.

❖ انسان منبع عفونت می باشد، اگر چه گاهی ممکن است عفونتهای با منشاء چونندگان بروز کند.



❖ مخاط روده معمولاً دچار هیچ آسیبی نمی شود، ولی در عفونتهای شدید که تا ۲۰۰۰ گرم در روده گزارش شده است التهاب روده دیده می شود.

❖ در عفونتهای خفیف یا هیچ گونه علامتی وجود ندارد و یا ناراحتیهای مبهم شکمی مشاهده می شود.

❖

❖ عفونتهای شدید کودکان می تواند باعث کاهش تدریجی اشتها، دردهای شکمی همراه یا بدون اسهال، بی اشتها، استفراغ و سرگیجه شود.

❖ هیمنولپیس نانا در ایران هم وجود دارد و شیوع متوسط آن در حدود ۷-۱۰ درصد تخمین زده می شود.

# تشخیص، درمان و پیشگیری

❖ یافتن تخم در مدفوع اساس تشخیص است.

❖ ساده ترین و هنوز مؤثرترین دارو، پرازی کوانتل ۲۵ میلی گرم به ازاء هر کیلوگرم وزن بدن و به صورت دوز واحد است.

❖ نیکلوزامید داروی انتخابی دوم است.

❖ داروی جانشین پارامو مایسین است.

❖ از آنجا که انتقال عفونت به صورت مستقیم بوده و گرم یک میزبان دارد، پیشگیری دشوار است.

❖ کنترل عمدتاً معطوف به ارتقای عادات بهداشتی در کودکان است.

❖ درمان مبتلایان، بهسازی محیط، محافظت از مواد غذایی و کنترل چونندگان نیز در کنترل مؤثر هستند.

























