

ГЕЛЬМИНТОЗЫ У ДЕТЕЙ

*Курбанова Гульчехра Султанбековна
Андижанский общественный
здравоохранительный
техникум по имени Абу Али ибн Сины
Преподаватель кафедры педиатрии*

Аннотация: В статье изложены вопросы этиологии, патогенеза, особенности клиники, диагностики, лечения и профилактики паразитарных заболеваний у детей.

Ключевые слова: дети, гельминтозы.

Гельминтозы у детей – группа глистных заболеваний, вызываемых различными видами гельминтов, паразитирующих в организме ребенка. Течение гельминтозов у детей характеризуется развитием кожного, абдоминального, легочного, отечного, интоксикационного, астеноневротического синдромов. Диагностика гельминтозов у детей проводится лабораторным путем (анализ кала на яйца глистов, соскоб на энтеробиоз, серологические исследования). Для лечения гельминтозов у детей назначаются антигельминтные препараты с учетом вида паразита, фазы болезни, длительности инвазии, возраста ребенка.

Гельминтозы у детей могут маскироваться под различные инфекционные и неинфекционные заболевания, обуславливая трудности диагностики, отягощение уже имеющейся патологии и ее хронизацию в детском возрасте. У привитых детей, страдающих гельминтозами, отмечается уменьшение поствакцинальных титров антител в 2-3 раза по сравнению с детьми без паразитарной инвазии, а, следовательно – недостаточный уровень специфического иммунитета и повышенная восприимчивость к различным инфекциям. В педиатрии проблема профилактики и диагностики гельминтозов у детей имеет большую медико-социальную значимость.

Высокая заболеваемость детей гельминтозами объясняется широкой распространенностью различных форм паразитов (цист, яиц, личинок) в окружающей среде и недостаточным уровнем развития гигиенических навыков.

Большинство гельминтозов у детей, вызываемых нематодами, проходит двухфазное течение: личиночную стадию и стадию паразитирования взрослых особей в кишечнике. Источником заражения служит больной человек, выделяющий яйца гельминтов с фекалиями в окружающую среду. В течение 2-3-х недель дозревание яиц происходит в почве; заражению способствует

употребление загрязненных яйцами паразитов воды, фруктов, овощей. Отдельно среди нематодозов стоит энтеробиоз, имеющий контактный путь передачи и часто поражающий целые коллективы (семью, группу детского сада, школьный класс).

Цестодозы и трематодозы у детей встречаются гораздо реже, чем гельминтозы, вызываемые круглыми червями. Заражение обусловлено употреблением в пищу мяса и рыбы, не прошедших должной термической обработки, обсемененных овощей или воды. Локализация поражений может включать тонкую кишку, паренхиму печени и ее протоки, легкие и бронхи.

В патогенезе гельминтозов у детей выделяют острую и хроническую фазы. Продолжительность острой стадии составляет от 2–3 недель до 2-х месяцев с момента инвазии; в этот период основные клинические проявления связаны с развитием общих аллергических реакций на чужеродные антигены паразитов. При переходе острой фазы гельминтозов у детей в хроническую ведущую роль в патогенезе играет токсическое влияние продуктов жизнедеятельности гельминтов на организм; травматическое и механическое воздействие на органы, в которых обитают паразиты; нарушение обменных процессов, вторичные иммунодефициты. Некоторые гельминтозы повышают риск развития опухолей у детей: холангиомы (клонорхоз, описторхоз), рака мочевого пузыря или папилломатоза кишечника (шистосомозы).

В острой фазе гельминтозов у ребенка отмечается рецидивирующая зудящая кожная сыпь по типу крапивницы, лихорадка, лимфаденит, артралгии и миалгии. Может развиваться легочный синдром, сопровождающийся длительным сухим кашлем с астматическим компонентом, одышкой, болями в груди; при аскаридозе иногда возникает эозинофильный плеврит и кровохарканье. Отечный синдром (при трихинеллезе, трихоцефалезе) может включать локальные или генерализованные отеки, в т. ч. отек Квинке у детей.

Типичным для острой фазы гельминтозов у детей является абдоминальный синдром, характеризующийся метеоризмом, неустойчивым стулом (запорами, диареей), тошнотой, отрыжкой и т. п. Боли в животе могут носить «летучий» характер либо быть упорными, сильными, имитирующими клинику острого живота. Синдром интоксикации и астеноневротических расстройств включает беспричинный субфебрилитет, слабость, нарушения сна, бруксизм, раздражительность, судороги.

Хроническое течение гельминтозов у детей сопровождается вялостью, снижением успеваемости и работоспособности, плохим аппетитом, потерей массы тела, анемией и т. д. Ряд хронических кожных заболеваний (атопический дерматит, псориаз, экзема, себорея, угри, ломкость ногтей), патология респираторного тракта (ринит, трахеит, астматический бронхит) и половых

органов (рецидивирующие вульвиты у девочек) также могут являться следствием гельминтозов у детей. Дети, страдающие гельминтозами, относятся к категории часто болеющих; у них нередко возникают рецидивирующие ОРВИ, стоматиты, гингивиты, гнойничковые заболевания кожи.

Следствием массивной инвазии при аскаридозе может стать кишечная непроходимость, механическая желтуха, панкреатит. Осложнениями энтеробиоза у детей обычно служат пиодермии, экзема перианальной области, вульвовагиниты, недержание мочи, аппендицит.

Токсокароз, характеризующийся миграцией в организме человека и тканевой инвазией личинок гельминтов, при поражении дыхательных путей может вызывать острую легочную недостаточность, а при поражении глаз - одностороннее снижение остроты зрения или косоглазие. Течение трихинеллеза может осложняться перфорацией стенки кишки, менингоэнцефалитом, гепатитом.

При описторхозе отмечается поражение печени и желчевыводящих путей; в хронической фазе развивается гастродуоденит, холецистит, холангит, панкреатит.

Большой полиморфизм проявлений глистной инвазии способствует тому, что с гельминтозами у детей может столкнуться практически любой детский специалист: педиатр, детский инфекционист, детский пульмонолог, детский гастроэнтеролог, детский аллерголог-иммунолог, детский дерматолог, детский хирург и др. Поэтому дети с хроническими дерматозами, гастроэнтерологической патологией, бронхо-легочными заболеваниями, аллергическими реакциями должны быть обязательно обследованы на предмет гельминтозов.

В острой фазе гельминтозов у детей отмечаются изменения со стороны крови: эозинофилия, повышение биохимических проб печени (АЛТ и АСТ, билирубина, тимоловой пробы, щелочной фосфатазы). На ранних этапах могут быть информативными серологические методы: РИФ, ИФА, РНГА, РСК и др.

Биологическим материалом для выявления возбудителей гельминтозов у детей может служить кровь, фекалии, желчь, мокрота, соскоб/мазок с перианальной области. Наиболее часто для диагностики различных форм гельминтозов у детей проводится исследование кала на яйца глистов, гистологическая копрограмма. Для обнаружения яиц остриц выполняется соскоб на энтеробиоз с перианальных складок.

При эхинококкозе важное диагностическое значение имеют инструментальные методики (рентгенография, УЗИ, КТ, МРТ, эндоскопия у детей), выявляющие кисты печени, легких, головного мозга и др. органов. При трихинеллезе осуществляется биопсия кожи и мышц с целью обнаружения

личинки паразита. При описторхозе необходимо проведение дуоденального зондирования с исследованием содержимого 12-перстной кишки.

Для диагностики гельминтозов у детей могут применяться кожные аллергические пробы.

Этиотропная терапия гельминтозов у детей проводится противогельминтными препаратами. Основным принципом лечения является подбор препарата, обладающего ларвицидным (уничтожающим личинки), овицидным (уничтожающим яйца), вермицидным (уничтожающим взрослых паразитов) действием. После проведения курса терапии обязательно контрольное паразитологическое обследование.

При назначении антигельминтного препарата учитывается форма гельминтоза у детей, фаза болезни, сопутствующие заболевания. Одни и те же препараты эффективны в отношении ряда гельминтозов у детей: так, албендазол и мебендазол используются при аскаридозе, энтеробиозе, трихинеллезе, трихоцефалезе; пирантел – при энтеробиозе и аскаридозе; празиквантел – при описторхозе, шистосомозе, дифиллоботриозе, тениидозах и т. д. Для успешной дегельминтизации детей необходимо одновременное пролечивание всех членов семьи или коллектива; соблюдение гигиенического режима для профилактики реинвазии. После основного курса терапии гельминтоза обычно проводится повторное лечение ребенка через 10-14 лет.

Для купирования аллергических проявлений, сопровождающих течение гельминтозов у детей, назначаются антигистаминные препараты. При наличии интоксикационного синдрома проводится оральная или инфузионная дезинтоксикация. Тяжелые формы гельминтозов у детей, протекающие с явлениями васкулита, арахноидита, миокардита, служат основанием для назначения глюкокортикостероидов.

Первичная профилактика всех видов гельминтозов включает формирование у детей гигиенических навыков, употребление кипяченой воды и продуктов, прошедших достаточную термическую обработку, тщательное мытье рук, овощей и фруктов.

Для предупреждения распространения гельминтоза внутри коллектива, необходима изоляция больного ребенка, использование индивидуальных средств гигиены и посуды, проведение вакцинации и дегельминтизации домашних животных. Специфическую медикаментозную профилактику гельминтозов рекомендуется проходить детям и взрослым дважды в год (осенью и весной) препаратами с широким спектром активности в отношении гельминтов (например, албендазолом).

Литература:

1. Лысенко А.Я., Владимова М.Г., Кондрашин А.В., Майори Дж. Клиническая паразитология. Под общ. редакцией Лысенко А.Я.Руководство. Женева, ВОЗ: 2002. 752 с.
2. Поляков В.Е., Лысенко А.Я. Гельминтозы у детей и подростков. М.: Медицина, 2003. 256с.
3. Авдюхина Т. И., Константинова Т. Н. Энтеробиоз. Клиника, диагностика, лечение, эпидемиология, профилактика: учеб. пособие для врачей. М., 2003. 56 с.
4. Бронштейн А.М., Малышев Н.А. Гельминтозы органов пищеварения: кишечные нематодозы, трематодозы печени и ларвальные цестодозы (эхинококкозы). Рус.мед.журнал 2004; 12: 4: 208-211.