

Гельминтозы у детей: ваши вопросы эксперту

Гельминтозы – наиболее распространенные заболевания человека. По данным Всемирной организации здравоохранения, в мире только аскаридозом ежегодно заражается 1,2 млрд человек. В Европе гельминтозами поражен каждый третий житель. В Украине официально ежегодно регистрируется 300-400 тыс. случаев, из них 80% – дети. Из всех зарегистрированных в Украине гельминтозов, по данным официальной статистики, наиболее распространенными являются энтеробиоз – около 75%, аскаридоз – около 21%, трихоцефалез – около 3%. Кроме того, в нашей стране наиболее часто встречается описторхоз, гименолипедоз, эхинококкоз, дифилляриоз, токсокароз. Ежегодно в Украине регистрируются заболевания, вызванные 25-30 видами гельминтов. Ввиду высокой распространенности гельминтозов (в особенности – в детской популяции) закономерно, что современные аспекты их диагностики, лечения и профилактики вызывают значительный интерес семейных врачей и педиатров. В анкетах, которые поступают в нашу редакцию, вопросы, касающиеся гельминтозов у детей, часто указываются читателями в качестве тем, которые можно было бы рассмотреть в следующих номерах. Ответить на наиболее актуальные с практической точки зрения вопросы наших читателей о гельминтозах любезно согласился главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Украины по специальности «Детские инфекционные болезни», заведующий кафедрой детских инфекционных болезней Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, доктор медицинских наук, профессор Сергей Александрович Крамарев.

? Уважаемый Сергей Александрович, расскажите, пожалуйста, какие требования сегодня предъявляются к качеству лабораторных исследований на гельминты. Как правильно осуществить забор и доставку материала, в какие сроки с момента забора материала необходимо выполнить анализ?

– В организме человека для каждого вида гельминтов характерна своя локализация. Выделяют кишечные гельминтозы, специфической локализацией которых является полость кишечника, и тканевые гельминтозы, которые сосредоточены в различных органах (печень, легкие, головной мозг, глаза и др.). К первой группе относятся такие гельминты, как острицы, аскариды, власоглавы, карликовый цепень, трихинеллы и др. Ко второй – эхинококк, токсокары, филярии и др. При некоторых кишечных гельминтозах тканевая фаза соответствует начальному миграционному периоду болезни личинок (аскаридоз, анкилостомидоз).

В зависимости от группы, к которой относится гельминт, для его обнаружения в лабораторной диагностике используются свои методы.

При кишечных гельминтозах применяют прямые гельминтологические исследования испражнений:

- метод нативного мазка;
- методы обогащения (Фюллеборна, Калантарян);
- метод Бермана для диагностики стронгилоидоза, анкилостомоза.

Существуют специальные методы исследования на энтеробиоз:

- соскоб с перианальных складок;
- метод Гиммельфарба с помощью ватного тампона, заложеного на ночь в анальное отверстие;
- исследование анальной слизи, взятой с помощью глазного шпателя;
- исследование обсеменения кожи с помощью липкой ленты и специальных стекол.

При тканевых гельминтозах применяют исследования выделений или биоптатов тканей, инструментальные и иммунологические методы: исследование мокроты (аскариды, анкилостомы, стронгилоиды), желчи (лямблии, фасциолы, анкилостомы, описторхи, клонорхи), мочи (мочеполовой шистосомоз), биоптаты тканей (трихинеллы), толстая капля крови (филяриоз), офтальмоскопия (цистицеркоз глаз, токсокароз), рентгенография, УЗД-исследование (эхинококкоз, цистицеркоз, трихинеллез), иммунологические методы диагностики (чаще иммуноферментный анализ).

Изменения в общем анализе крови также могут быть использованы для диагностики ряда гельминтозов. Анемия характерна для дифиллоботриоза, трихоцефалеза, тениархоза, тениоза, гиперэозинофилия – для токсокароза, трихинеллеза, аскаридоза, стронгилоидоза, анкилостомидоза.

С целью оптимизации копрологического исследования для диагностики гельминтоза необходимо учитывать следующее:

- перед сбором кала ребенок должен помочиться, чтобы моча не попала в кал;
- емкость для сбора анализа должна быть чистой и сухой;
- 3-4-кратное исследование кала с различными интервалами (2-3 дня);
- брать на анализ следует, по возможности, жидкую фракцию фекалий (прилежащую к тонкой кишке), собранную из 6-7 мест;
- рекомендуется забирать кал для анализа на яйца гельминтов в течение 30-45 мин после дефекации;
- оптимальным для анализа считается время 2 ч – от забора материала до доставки в лабораторию;
- хранить кал возможно до 8 ч в холодильнике, в плотно закрытом контейнере при температуре 4-8°C; однако хранение может отрицательно повлиять на результаты анализов;
- по возможности за 5-7 дней до исследования следует исключить прием медикаментов (в связи с вероятностью повреждения морфологии яиц гельминтов);

– брать материал можно из детского горшка или памперса независимо от структуры фекалий, но при отсутствии в нем мочи;

– при энтеробиозе соскоб проводят утром после сна, 3-кратно с интервалом 3-5 дней.

Анализ крови на наличие гельминтов требует также определенной подготовки. Кровь сдается строго натощак (накануне разрешается выпить немного воды). Последний раз кушать можно за 8 ч до проведения процедуры. За сутки до сдачи анализа следует отказаться от жирной и жареной пищи.

? Чтобы начать специфическое лечение противогельминтными препаратами у ребенка с подозрением на глистную инвазию, обязательно ли получение положительных результатов лабораторных анализов? Можно ли проводить эмпирическую терапию при отрицательном результате исследований, в частности, в случае обоснованных сомнений в качестве их выполнения?

– При гельминтозах существует ряд симптомов, позволяющих их заподозрить:

- зуд в области заднего прохода;
- скрип зубами во сне (хотя это не обязательно гельминтоз);
- слюнотечение во сне и утром;
- тошнота утром, особенно во время чистки зубов;
- шелушение кожи на пальцах рук и ног;
- постоянное чувство голода;
- аллергические высыпания на коже;
- слабость, вялость, сонливость;
- неустойчивый стул, вздутие живота;
- снижение массы тела при хорошем аппетите;
- наличие хронических заболеваний, частые респираторные инфекции;
- лихорадка неизвестной этиологии с мышечными и суставными болями;
- характерные изменения в анализе крови (анемия, эозинофилия).

Однако при отдельных гельминтозах существуют специфические симптомы, характерные именно для них. Например, при стронгилоидозе отмечаются рецидивирующие высыпания на коже по типу линейного дерматита, сочетающиеся с энтероколитом, нередко гемоколитом. При трихинеллезе отмечается сочетание лихорадки с отеками, преимущественно лица с перiorбитальными отеками и миалгиями. При дифилляриозе возможно обнаружение личинки, мигрирующей под кожей.

К сожалению, лабораторные исследования не всегда, даже при наличии соответствующей клинической картины, дают подтверждающие результаты на наличие гельминтоза. Как уже отмечалось выше, существует ряд условий для забора анализов, нарушение которых может привести к отрицательному результату.

Существуют определенные категории людей, у которых вероятность заражения гельминтозом очень высока. К этим группам относятся:

- дети, постоянно проживающие в закрытых коллективах;
- люди, постоянно контактирующие с животными, особенно «уличными»;
- люди, имеющие частые контакты с землей (проживающие в сельской местности, играющие на земле дети и др.);
- путешественники, посещающие страны с высоким уровнем заболеваемости гельминтозами;
- люди, часто питающиеся плохо обработанными термически продуктами охоты или рыбалки (рыба, моллюски, дичь).

При наличии соответствующих клинических проявлений и в случае причастности к группе риска может быть обоснованно назначение специфического антигельминтного лечения.

? Каковы клинические критерии излечения при аскаридозе? Обязательно ли для констатации факта эффективности лечения визуальное обнаружение погибших гельминтов или их фрагментов в кале?



С.А. Крамарев

– Критерием излечения при аскаридозе может являться исчезновение клинических проявлений заболевания и отсутствие обнаружения яиц гельминта в кале сразу после антигельминтной терапии и через 14-21 день. Визуально обнаружить погибшего гельминта после лечения не всегда возможно, так как он может разложиться в кишечнике и смешаться с каловыми массами.

? При диагностировании энтеробиоза у ребенка, посещающего детское дошкольное учреждение, – как правильно организовать профилактику повторного заражения в данном детском коллективе?

– Энтеробиоз – это гельминтоз, единственным источником для которого является человек. У детей нередко имеет место аутоинвазия. Поэтому при этом гельминтозе имеет значение не только правильное лечение, но и специфическая профилактика:

- своевременно остригать и обрабатывать ногти, не разрешать детям их грызть;
- тщательно мыть руки с мылом перед едой, после улицы и туалета;
- ежедневно принимать душ и после стирки менять нательное белье, которое необходимо проглаживать горячим утюгом;
- постельные принадлежности после стирки также следует проглаживать утюгом (стирать при температуре 60°C);
- ежедневно во время уборки следует вытряхивать подушки, одеяла, покрывала за пределами дома;
- часто проводить влажную уборку с использованием мыльного раствора, регулярно чистить ковры;
- обязательно мыть водой с мылом детские игрушки;
- следить за тем, чтобы дети не брали в рот пальцы, игрушки и посторонние предметы, особенно во время прогулок на улице;
- перед употреблением в пищу необходимо тщательно мыть овощи, фрукты и зелень;
- в детских коллективах необходимы плановые обследования персонала и детей 1 раз в год; при выявлении инвазированного проводится дегельминтизация и ограничение его доступа в коллектив.

В детских коллективах при уровне инвазированности >15% всем детям и персоналу проводится двухразовая дегельминтизация с интервалом 14-21 день.

При энтеробиозе важным является контроль дегельминтизации. После курса антигельминтной терапии с 14-го дня берется соответствующий анализ 2-3 раза с интервалом 2 недели.

? Обязательно ли назначение лечения всем членам семьи при диагностировании глистной инвазии у ребенка? Требуется ли в этом случае их лабораторное обследование?

– Дегельминтизация всех членов семьи необходима только при энтеробиозе и гименолипедозе (их яйца созревают только в организме человека), при которых имеет место контактный или элементарный пути заражения.

Эпидемиологической особенностью энтеробиозной инвазии является возможность осуществления полного жизненного цикла у одного хозяина или при циркуляции. Ошибочно считать, что для заражения обязательно попадание яиц в ротовую полость, однако при нахождении их в перианальной области более 6 ч заражение может происходить ретроградным путем.

? Профилактический прием противогельминтных препаратов показан всем детям или только определенным группам с высоким риском заражения?

– Химиопрофилактика гельминтозов показана только людям, которые относятся к группам риска по инвазии. Такую профилактику им следует проводить 2 р/год. Детям, которые не относятся к группам риска по инвазии, достаточно соблюдения санитарных норм и правил.

? Какие препараты сегодня официально рекомендуются для профилактики и лечения аскаридоза и энтеробиоза?

– В известном фармацевтическом справочнике «Компендиум» представлены 6 препаратов, относящиеся к антигельминтным: празиквантел, альбендазол, мебендазол, пиперазин, пирантел, левамизол. Левамизол рекомендован только для лечения аскаридоза, а альбендазол, мебендазол, пиперазин, пирантел показаны для лечения энтеробиоза и аскаридоза.