

## ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГЛИСТНЫХ ИНВАЗИЙ У ДЕТЕЙ

*Э.Ш. Алымбаев*

Рассматривается антигельминтная терапия в сочетании с микробиологической коррекцией глистных инвазий у детей с аскаридозом и энтеробиозом. Разработаны клинико-микробиологические критерии для выявления кишечных гельминтозов.

*Ключевые слова:* глистные инвазии; дети; диагностика; лечение.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), более 4,5 млрд человек страдает паразитарными инфекциями. Аскаридозом ежегодно заражается около 1,2 млрд человек, анкилостомозами – в среднем 900 млн, трихоцефалезом – до 700 млн. Особенно неблагоприятная обстановка с паразитарными инвазиями сложилась в странах СНГ и Восточной Европы, где катастрофическая недооценка проблемы, слабая диагностика, отсутствие доступных и безопасных антипаразитарных средств, привели к практически поголовному заражению населения гельминтами [1].

По оценке Всемирного банка (ВБ) экономический ущерб от кишечных гельминтозов занимает четвертое место среди всех болезней и травм. В СНГ суммарная заболеваемость гельминтозами в 10 раз выше заболеваемости острыми кишечными инфекциями и по своей частоте сопоставима только с показателями заболеваемости гриппом [2–4].

В Кыргызской Республике ежегодно регистрируется от 34 до 54 тысяч гельминтозов с интенсивным показателем от 790,0 до 1000,0 случаев на 100 тысяч населения. В структуре ин-

фекционной заболеваемости (без ОРЗ и гриппа) гельминтозы составляют 35–45 % [5].

В связи с этим актуальность исследования кишечника у детей с инвазией аскаридами и острицами не вызывает сомнений.

Цель исследования: оптимизация диагностики и терапии глистных инвазий, а также сопутствующих им клинических и микробиологических отклонений.

**Материал и методы.** В период с 2008 по 2011 г. в гастроэнтерологическом отделении Национального центра охраны материнства и детства (г. Бишкек) наблюдались 263 ребенка в возрасте от 6 месяцев до 14 лет. Наблюдавшиеся дети были разделены на две группы: основную и группу сравнения, которые были сопоставимы по возрасту и полу.

Статистическая обработка материала проводилась с использованием программ Microsoft Excel 2000 и статистического пакета Statistika 6.0. Сравнение параметрических данных оценивалось с помощью критерия Стьюдента. Различия между сравниваемыми данными считались значимыми (достоверными) при  $p < 0,05$ .

**Результаты исследований.** В основную группу (группа 1) включены 150 детей, у которых было доказано существование аскаридоза и/или энтеробиоза на основании либо выявления яиц этих гельминтов, либо визуального обнаружения в фекалиях самих половозрелых гельминтов.

Данная группа, в зависимости от обнаруженного вида гельминта, была разделена на три подгруппы:

1а – 116 детей с аскаридозом;

1б – 27 детей с энтеробиозом;

1в – 7 детей с аскаридозом и энтеробиозом.

В группе сравнения (группа 2) было 113 детей. В данной группе у детей при исследовании лабораторными методами яйца гельминтов не были обнаружены, а также не имелось ни анамнестических, ни эпидемиологических, ни клинических данных за существование у них инвазий аскаридами и/или острицами.

Поводом для обращения в гастроэнтерологическое отделение НЦОМид более чем у двух третей детей были проявления аллергии, часто в сочетании с неустойчивым стулом и другими диспепсическими расстройствами; 40 % детей жаловались в течение длительного времени на упорные боли в животе; реже были жалобы на бруксизм, нарушения сна.

Клинические проявления у детей основной группы были неоднородными. Наиболее частыми из них были дисфункция желудочно-кишечного тракта и проявления аллергии.

Нарушения функции желудочно-кишечного тракта имели место у 113 (75,3 %) детей. Среди проявлений дисфункции пищеварительного тракта были: неустойчивый и непереваренный стул с примесью слизи в каловых массах – у 66 (44 %); запоры или склонность к запорам – у 55 (36,7 %) больных; у 17 (11,3 %) детей разжиженный стул чередовался с запорами; метеоризм наблюдался у 30 (20 %); тошнота, рвота, регургитация – у 29 детей (19,3 %).

Наличие болевого абдоминального синдрома учитывалось нами только у детей, которые по возрасту могли предъявлять жалобы на боли в животе. Как правило, это были дети старше 3 лет. Из общего количества детей основной группы у 54 (36 %) отмечались так называемые “летучие боли”, которые возникали независимо от приема пищи, периодически, как правило, без конкретной локализации или локализованные вокруг пупка (в параумбиликальной зоне). Боли в животе исчезали без использования медикаментов или на фоне приема сорбентов или спазмолитиков. У 8 (5,3 %) детей отмечались посто-

янные боли в животе и были связаны с приемом пищи, часто требовали медикаментозного лечения и госпитализации для исключения острой хирургической патологии, одному ребенку по этому поводу была проведена аппендэктомия, и в аппендиксе с катаральными изменениями обнаружены аскариды.

У 66 (44 %) детей имело место нарушение аппетита: аппетит был снижен у 54 (36 %) детей, реже повышен (у 12 детей). Нарушения ночного сна наблюдались у 81 (54 %) ребенка. У 25 (16,7 %) детей отмечался бруксизм и 54 (36 %) ребенка жаловались на зуд в перианальной области.

Проявления аллергии наблюдались у 107 (71,3 %) детей, в том числе атопический дерматит – у 99 (66 %); проявления со стороны слизистых оболочек ротовой полости (“географический” язык) – у 12 (8,0 %); аллергический конъюнктивит – у 2 (1,3 %).

Отставание в физическом развитии, недостаточная прибавка массы тела или снижение ее в течение какого-то периода времени отмечалось у 21 (14 %) ребенка.

Нами предпринят поиск клинических дифференциально-диагностических критериев аскаридоза и энтеробиоза (табл. 1).

Результаты исследования, приведенные в табл. 1, свидетельствуют, что у детей с энтеробиозом достоверно чаще, чем при аскаридозе, наблюдалось нарушение ночного сна и была отчетливая тенденция ( $t = 1,9$ ) к большей частоте регистрации анальных эскориаций и/или зуда.

У детей, страдавших сочетанной глистной инвазией, по сравнению с детьми, инвазированными только аскаридами или только острицами, имелась тенденция к более высокой частоте аллергических болезней и снижению аппетита.

У 138 (79,2 %) детей наблюдалось сочетание нескольких симптомов: у 75 (50 %) – проявления аллергии и дисфункции ЖКТ, при этом у 35 из них отмечались и боли в животе, а у 46 – беспокойный ночной сон. Сочетание беспокойного ночного сна, не связанного с кожным зудом, аллергическими проявлениями отмечалось у 58 детей (38,7 %), с дисфункцией ЖКТ – у 64 (42,7 %).

Изолированные клинические симптомы имели место только у 12 (8 %) детей: у 11 – атопический дерматит, у одного – дисфункция ЖКТ (запор и метеоризм). Отсутствие дисфункции ЖКТ или аллергии отмечено всего у 5 (3,3 %) наблюдавшихся детей с доказанными глистными инвазиями (2 – аскаридоз, 2 – энтеробиоз, 1 – аскаридоз и энтеробиоз), но у всех них были нарушения ночного сна.

Таблица 1

Частота регистрации клинических проявлений у детей с аскаридозом и энтеробиозом, %

Клинические проявления	Количество детей с указанными проявлениями, %		Уровень значимости различия результатов, p
	в группе с аскаридозом, n=116	в группе с энтеробиозом, n=27	
Аллергические болезни и реакции	71,5	66,7	>0,05
Дисфункция ЖКТ	75,0	77,8	>0,05
Болевой абдоминальный синдром	38,8	44,4	>0,05
Нарушения аппетита	42,2	44,4	>0,05
Бруксизм	15,5	25,9	>0,05
Нарушения ночного сна	49,1	74,1	<0,02
Анальная эскориация и/или зуд	31,9	51,9	>0,05

В группе сравнения у 74 (62,5 %) детей не было ни жалоб, ни клинических проявлений, а выявленные нами симптомы у детей основной группы в группе сравнения встречались достоверно реже (табл. 2).

**Обсуждение.** Клиническая эффективность терапии оценена у 113 (75,3 %) детей с доказанными нематодозами. Оценка клинической картины производилась после дегельминтизации (эффективность противоглистного курса) и в катанезе (более одного месяца после окончания всей терапии).

Из 85 детей с аллергическими проявлениями у 36 (42,3 %) кожные высыпания или другие аллергические реакции прошли сразу после антигельминтной терапии, что может служить доказательством того, что именно гельминты являлись основным сенсибилизирующим фактором.

К моменту окончания всей терапии аллергических проявлений не отмечалось у 73 (85,9 %) из 85 детей. В катанезе аллергические проявления не возобновлялись у 71 (83,5 %) ребенка. У 8 (9,4 %) детей на фоне лечения наблюдалось усиление проявлений атопического дерматита, у 6 из них к окончанию лечения и в катанезе аллергических проявлений не было. После окончания всего курса лечения аллергические проявления сохранились только у 12 из 85 детей.

Аналогичные изменения происходили в состоянии детей и по другим клиническим проявлениям (дисфункция желудочно-кишечного тракта, болевой абдоминальный синдром, нарушение аппетита).

Из 20 детей с бруксизмом после окончания всего лечения данный симптом исчез у 19 (95 %) детей, из них у 11 (55 %) – сразу после антигельминтной терапии.

Таблица 2

Частота регистрации отдельных клинических проявлений у детей с нематодозами и группы сравнения, %

Клинические проявления	Количество детей с указанными проявлениями, %		Уровень значимости различия результатов, p
	в основной группе, n=150	в группе сравнения, n=113	
Аллергические болезни и реакции	71,3	30,1	<0,05
Дисфункция ЖКТ	75,3	18,6	<0,001
Болевой абдоминальный синдром	40,0	1,8	<0,001
Нарушения аппетита	44,0	4,4	<0,001
Бруксизм	16,7	0,9	<0,001
Нарушения ночного сна	54,0	2,7	<0,001
Анальная эскориация и/или зуд	36,0	0,9	<0,001

Из 65 детей с нарушениями ночного сна у 14 (21,5 %) улучшение наступило сразу после проведения антигельминтной терапии, у 56 (86,1 %) – по окончании всего курса лечения, в катамнезе было установлено, что у 7 детей (10,8 %) снова возобновилось нарушение ночного сна.

Из 45 детей, у которых глистная инвазия сопровождалась эскориацией перианальной области или перианальным зудом, у 14 (31,1 %) симптомы исчезли сразу после антигельминтной терапии; к концу всего лечения указанные симптомы были купированы у 36 детей (80 %). В катамнезе перианальный зуд вновь появился только у одного ребенка.

В целом у детей основной группы после окончания лечения у 97 (85,5 %) исчезли отмечаемые ранее патологические проявления (у 78 из них улучшение наступило сразу после антигельминтной терапии); у 13 (11,5 %) детей эффект был неполным; у 3 (2,7 %) детей эффект от терапии отсутствовал. Ухудшение состояния (или самочувствия) отмечалось у 9 (8 %) детей, но оно носило временный характер и не требовало отмены терапии. В катамнезе у 85 (75,2 %) детей через месяц и более после окончания лечения ни жалоб, ни других отмеченных ранее проявлений не наблюдалось у 12 (10,6 %).

В катамнезе нами проведена оценка клинико-микробиологической эффективности антигельминтного курса лечения.

В качестве критериев клинико-микробиологической эффективности мы выбрали следующие:

1) хороший результат – отсутствие жалоб и дисбактериоза кишечника или умеренные микробиологические отклонения;

2) удовлетворительный – клинический эффект – нестойкий или неполный, наличие дисбактериоза кишечника после окончания лечения;

3) неудовлетворительный – отсутствие изменений в состоянии ребенка, наличие микробиологических отклонений (табл. 3).

Таблица 3

Клинико-микробиологическая эффективность терапии у 88 детей, оцененная в катамнезе

Эффективность	Количество детей	
	абс.	%
Хорошая	61	69,3
Удовлетворительная	25	28,4
Неудовлетворительная	2	2,2

Следует заметить, что отдаленные (более месяца после окончания терапии) клинико-микробиологические результаты лечения лучше, чем более ранние. Это особенно относится к состоянию микробиоценоза.

В случае выявления глистной инвазии назначалась терапия, включающая дегельминтизацию, аналогичную проводимой в основной группе (группа 1). Детям, у которых яйца гельминтов не были обнаружены, с согласия родителей была проведена по той же схеме терапия *ex juvantibus* (диагностика по результатам лечения). Проводилась клиническая оценка эффективности антигельминтного курса.

Аскаридоз или энтеробиоз были выявлены лабораторными методами или визуально у 44 (27,5 %) детей. После начала антигельминтной терапии *ex juvantibus* еще у 18 детей были замечены гельминты в фекалиях (до лечения они не выявлялись ни лабораторно, ни визуально).

Данные о клинической эффективности антигельминтного курса приведены в табл. 4.

Таблица 4

Клиническая эффективность антигельминтного курса лечения

Симптомы	До лечения, абс.	Улучшение после противоглистных препаратов	
		абс.	%
Всего	150	140	93,3
Аллергия	117	75	64,0
Дисфункция ЖКТ	103	64	62,0
Боли в животе	49	31	63,0
Аппетит	55	37	67,0
Сон	72	46	64,0
Анальная эскориация, зуд	28	21	75,0
Бруксизм	17	13	76,0

При клинической оценке эффективности антигельминтной терапии учитывались изменения самочувствия во время или в первую неделю после антигельминтного курса. Улучшение наступило у 140 (93,3 %) детей, получавших противоглистную терапию. У 20 детей (12,5 %) улучшения не отмечалось, из них у 2 (1 %) отмечалось ухудшение самочувствия. Клинический эффект антигельминтной терапии можно трактовать как положительный результат терапии *ex juvantibus*.

Таким образом, из 150 детей гельминтоз выявлен у 38,8 %, по косвенным данным (ответ на терапию *ex juvantibus*) его можно подозревать у 48,7 %, всего – у 87,5 %. При этом до начала антигельминтной терапии гельминтоз был подтвержден только у 27,5 % детей.

#### **Выводы**

1. Аскаридозу и энтеробиозу на современном этапе сопутствуют такие клинические проявления, как аллергические реакции и болезни (71,3 %), сопровождающиеся торпидным течением, функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта (75,3 %), абдоминальные боли (40 %), нарушения ночного сна (54 %), нарушения аппетита (44 %), бруксизм, признаки иммунологической недостаточности, перианальный зуд и анальная эскориация.

2. Антигельминтная терапия в сочетании с микробиологической коррекцией приводит

к полному исчезновению симптомов, в том числе и аллергических проявлений, у 85 % детей сразу после окончания лечения; в анамнезе у 75 % детей наблюдалось стойкое отсутствие клинических проявлений, в том числе у 69 % – нормализация микробиоценоза кишечника.

3. Разработанные клинико-микробиологические критерии и решающее правило могут служить основанием для углубленного обследования на выявление кишечных гельминтозов и проведения антигельминтной терапии *ex juvantibus*.

#### **Литература**

1. *Авдюхина Т.И.* Энтеробиоз // Клиническая паразитология. М., 2002. С. 260–266.
2. *Запруднов А.М., Сальникова С.И., Мазанкова Л.К.* Гельминтозы у детей: практ. рук-во для врачей. М., 2002. С. 128.
3. Паразитарные заболевания у детей: учеб.-метод. пособ. / Под ред. проф С.С. Бакасова. Бишкек: КГМА. 2005. С. 123.
4. *Торопова Н.П., Сафронова Н.А.* Дерматозы и паразитарные болезни у детей и подростков: практ. пособ. Екатеринбург, 2004. С. 62.
5. *Дудникова Э.В.* Современные взгляды на кишечный дисбактериоз у детей // Южно-Российский медицинский журнал. 2002. № 2. С. 8–11.