

Государственное образовательное учреждение
Высшего профессионального образования
«Саратовский государственный медицинский университет»

Н.И. Зрячкин

ГЕЛЬМИНТОЗЫ

(патогенез, клиника, диагностика, лечение, диспансеризация и профилактика)

Учебно-методическое пособие

Издание 2-ое, переработанное и дополненное

Изд-во СГМУ
2006

УДК 616.995.1-036-092-07-08-084-037(07)

В предлагаемом учебно-методическом пособии основное внимание уделено гельминтозам, подлежащим обязательной регистрации. Изложены патогенез и клиника острой и хронической стадии наиболее широко распространенных гельминтозов. Представлены новейшие данные по диагностике, лечению и профилактике гельминтозов. Приведены сроки диспансеризации дегельминтизированных пациентов.

Пособие предназначено для врачей-курсантов факультета повышения квалификации и переподготовки специалистов, педиатров, терапевтов, аллергологов, дерматологов, неврологов, офтальмологов, хирургов, инфекционистов, паразитологов и др.

Рецензенты: докт. мед. наук, профессор А.А. Шульдяков; докт. мед. наук А.Н. Куличенко.

Одобрено к изданию ЦКМС СГМУ

©Н.И. Зрячкин, 2006
Саратовский
медицинский
университет, 2006

ВВЕДЕНИЕ

Гельминтозы - хронические паразитарные болезни, при которых в процесс вовлекаются все органы и системы. Всего существует более 250 гельминтов, на территории СНГ - 90 видов. Гельминтозы относятся к наиболее широко распространенным заболеваниям человека.

В последние годы отмечается рост заболеваемости людей гельминтозами (токсокарозом, эхинококкозом, трихинеллёзом, аскаридозом и другими) в связи с социально—экономическими проблемами в стране и уменьшением объема санитарно-просветительской работы. Увеличению показателя заболеваемости гельминтозами способствует внедрение современных серологических методов диагностики, поскольку без них нельзя установить этиологию гельминтоза в острой стадии. Клиника острой стадии многих гельминтозов мало изучена. На практике врачи имеют дело, как правило, с клиникой хронической стадии гельминтозов.

Подавляющему количеству больных гельминтозами не требуется госпитализации, и их лечение должно быть организовано в условиях поликлиники. Участковый педиатр или терапевт должен обладать достаточными знаниями, чтобы своевременно предположить тот или иной гельминтоз и уметь грамотно обследовать больного. После установления диагноза принципиальное значение приобретает выбор антигельминтика. Ежегодно в аптеках появляются все новые и новые препараты, а их безопасность все более сомнительна в силу наличия серьезных побочных воздействий на макроорганизм, поэтому необходимо методически правильно проводить лечение больного.

Большинство врачей мало знакомы с диагностикой гельминтозов и новыми антигельминтиками. Данное пособие позволит им пополнить свои знания в диагностике гельминтозов и лечении больных.

Существует большое количество классификаций гельминтозов. Гельминты подразделяют на три основных класса на основании морфологических признаков (табл. 1).

Таблица 1

КЛАССИФИКАЦИЯ ГЕЛЬМИНТОЗОВ

Гельминтоз	Гельминт
Нематодозы	Круглые черви
Анкилостомидозы: анкилостомоз некатороз	Анкилостома Некатор
Аскаридоз	Аскарида
Дракункулез	Ришта
Стронгилоидоз	Угрица кишечная
Токсокароз	Аскариды собак, кошек
Трихинеллёз	Трихинелла
Трихоцефалёз	Власоглав
Филяриатозы	Филярии
Цестодозы	Ленточные черви
Альвеококкоз	Альвеококк
Гименолепидозы	Цепень карликовый Цепень крысиный
Дифиллоботриоз	Лентец широкий
Тениаринхоз	Цепень бычий

Тениоз	Цепень свиной
Цистицеркоз	Личинка цепня свиного
Эхинококкоз	Эхинококк
Трематодозы	Сосальщики
Клонорхоз	Сосальщик китайский
Описторхоз	Сосальщик кошачий
Парагонимоз	Сосальщик легочный
Фасциолезы	Сосальщик печеночный Сосальщик гигантский
Фасциолопсидоз	Фасциолопсис
Шистосомозы	Шистосома кровяная Шистосома японская Шистосома Мэнсона Шистосома интеркалата

ПАТОГЕНЕЗ ГЕЛЬМИНТОЗОВ

Для всех гельминтозов характерна многостадийность развития и каждая стадия характеризуется своими клиническими патологическими процессами (табл. 2).

Таблица 2

Стадии развития инвазий

Стадия развития	Возбудитель
1. Острая стадия	Личинки
1.1. Фазы проникновения	Личинки
1.2. Фаза миграции	Личинки
2. Подострая стадия	Юные гельминты
3. Хроническая стадия	Взрослые гельминты
3.1. Ранняя фаза	Максимальная репродуктивная активность
3.2. Поздняя фаза	Снижение репродуктивной активности
3.3. Исход	Ликвидация гельминтов или развитие необратимых изменений у хозяина

Самая тяжелая - начальная острая стадия, обусловленная личинками, которые вызывают сенсibilизацию организма и травматизацию тех органов, через которые мигрируют.

Анафилактический тип аллергических реакций формируется на ранних стадиях инвазии гельминта. Для этой стадии характерно формирование сенсibilизации к антигенам паразита. На малые дозы антигенов гельминта макроорганизм вырабатывает антитела, не обладающие комплементсвязывающей способностью - IgE. Они фиксируются на поверхности тучных клеток (именно при малых дозах антигена легко формируется сенсibilизация по немедленному типу, при повышении доз антигена сенсibilизация выражена слабее). В ходе развития гельминта происходит смена антигенов, возрастает интенсивность их проникновения, что ведет к повышению иммуногенности. Это ведет к выработке иммуноглобулинов других классов (IgM, IgG), которые накапливаются в кровеносном русле, поэтому появляется возможность сочетания

анафилактического типа аллергических реакций с цитотоксическим или иммунокомплексным, что непременно отражается в клинике системностью и многообразием проявления гельминтоза.

На этапе сенсибилизации создаются условия для развития ранней фазы аллергического воспаления. При повторном проникновении антигена гельминта соединяются с двумя IgE, фиксированными на тучных клетках, вызывают процесс дегрануляции и выход медиаторов аллергического воспаления. Это не только биологически активные вещества (гистамин, серотонин, брадикинин), но и хемотаксические факторы эозинофилов, нейтрофилов, лейкотриены, фактор агрегации тромбоцитов, простагландины, целый ряд цитокинов (IL-4, IL-5, IL-3 и др.).

Под действием медиаторов, вышедших в результате дегрануляции, повышается проницаемость сосудистой стенки. Далее события развиваются по двум путям, которые могут протекать одновременно:

1. К тучной клетке, на поверхности которой находится комплекс IgE – антиген гельминта, происходит приток антител (IgM, IgG). Эти антитела запускают систему комплемента, которая не только принимает участие в лизисе антигена, но и привлекает основные клетки - эффекторы поздней фазы аллергического воспаления при гельминтозах - эозинофилы, а также нейтрофилы, лимфоциты, тромбоциты, макрофаги.
2. IgM, IgG изолировано или в виде иммунных комплексов (экзоантиген гельминта - антитело) могут фиксироваться на поверхности самого гельминта либо его яиц, также запуская систему комплемента и привлекая эозинофилы, лимфоциты, тромбоциты, макрофаги.

Привлеченные к гельминту, его яйцам клетки крови создают вокруг него инфильтрат. Основную массу клеточного инфильтрата составляют эозинофилы. Последние могут выполнять три функции при гельминтозах, включая фагоцитоз многочисленных комплексов антиген - антитело, модуляцию гиперчувствительности и киллинг некоторых червей с помощью IgG. Эозинофилия развивается частично под влиянием тучных клеток и факторов хемотаксиса, выделяемых Т-клетками. Стимуляция выхода эозинофилов из костного мозга осуществляется Т-клетками через IL-5.

В острой стадии гельминтозов ведущим патогенетическим фактором является аллергия. При тех гельминтозах, возбудители которых не мигрируют в организме хозяина и не вступают в тесный контакт с его тканями, клиническая картина острой стадии будет менее выраженной. Возможно, поэтому мы пока мало знаем об острой стадии таких гельминтозов, как тениаринхоз, тениоз, энтеробиоз и др. Существенное значение в развитии аллергических реакций в острой стадии гельминтозов имеет степень антигенной близости паразита и хозяина. Например, наиболее выраженные аллергические реакции наблюдаются в случаях заражения человека личинками неспецифических для него видов гельминтов (токсокароз).

В хронической стадии гельминтозов сенсибилизация продуктами обмена гельминтов остается ведущим фактором и особенно важна она при тканевых гельминтозах (эхинококкоз, альвеококкоз, шистосомозы, филяриозы, фасциолез), но тем не менее не носит уже столь выраженного характера, как при острой стадии.

В патогенезе этой стадии относительно большее значение приобретают:

1. Токсическое влияние продуктов жизнедеятельности гельминтов.
2. Снижение иммунологических свойств макроорганизма.
3. Травматическое действие гельминтов (анкилостомоз, трихоцефалез и т.д.).
4. Механическое воздействие (эхинококковая киста в печени растёт, сдавливает соседние органы; цистицерки в головном мозге).

5. Вторичный воспалительный процесс (при стронгилоидозе дуоденит).
6. Нарушение обменных процессов - развивается гипо- или авитаминоз (гельминты выделяют вещества подавляющие выработку микробами кишечника витаминов и усвоение их макроорганизмом).
7. Потребление крови гельминтами (при анкилостомозах и некаторозе). В настоящее время анкилостомы и некаторы обескровливают за день 1,5 млн человек, по данным ВОЗ.
8. Функциональное нарушение деятельности желудка и 12-перстной кишки -> ахилия.
9. Вторичные иммунодефициты, обусловленные многими гельминтами.
10. Предрасположение к опухолям (описторхоз, клонорхоз -> холангиомы; шистосомозы -> папилломатоз кишечника или мочевого пузыря -> рак).
11. Психогенное воздействие (если больной знает, накручивает на себя симптомы).

КЛИНИКА ОСТРОЙ СТАДИИ

Острая стадия гельминтозов часто протекает без видимых клинических симптомов (субклинически). В тех случаях, когда болезнь протекает с выраженными клиническими симптомами, появление первых признаков заболевания наблюдается обычно через 1-4-е недели после заражения, а в отдельных случаях - уже на 2-3-и сутки. Однако распознать истинную природу заболевания очень трудно, так как в этот период гельминты чаще всего еще не выделяют яиц. Так, описторхисы начинают выделять яйца через 3-4 недели, аскариды через 2-3 месяца, а фасциолы - лишь через 3-4 месяца после заражения. Кроме того, сходство симптоматики острой стадии гельминтозов с проявлениями инфекционных заболеваний, как правило, порождает ошибки в диагностике. В определенных ситуациях этому способствует и то, что иногда заболевание охватывает большие группы лиц, принимая характер эпидемической вспышки, как это наблюдалось при аскаридозе, трихинеллезе, описторхозе, фасциолёзе. Например, больные описторхозом в острой стадии направляются в стационары, как правило, с диагнозом брюшного тифа, сыпного тифа, вирусного гепатита, токсического гепатита, острого гастроэнтерита, дизентерии, лептоспироза, бруцеллеза, сальмонеллеза, пневмонии, холецистита, сепсиса, эозинофильного лейкоза и пр.

Клиника острой стадии гельминтозов, при которых она описана, представляет типичную картину острого аллергоза. Основными симптомами острой стадии являются:

1. Лихорадочная реакция (от нескольких дней до 1-2-х месяцев):
 - а) субфебрильная при антропонозных,
 - б) фебрильная при зоонозных, сопровождающаяся ознобом, резкой слабостью и потливостью.
2. Артралгии. Миалгии.
3. Легочный синдром, который может проявляться длительными катаральными явлениями со стороны верхних дыхательных путей (бронхит, трахеит), симптомами, симулирующими пневмонию, развитием астматического синдрома. Отмечается синдром Леффлера (сухой кашель, иногда с астматическим компонентом, одышка, боли в груди, летучие эозинофильные инфильтраты в легких определяемые при рентгеноскопии). В случаях аскаридоза описаны кровохарканья, эозинофильный плеврит.
4. Отечный синдром - отёк Квинке (чаще при трихоцефалёзе), лягушачье лицо (отек век и лица - при трихинеллёзе).
5. Абдоминальный синдром со склонностью к жидкому стулу с патологическими примесями.
6. Миокардиты аллергические.

7. Увеличение печени, реже селезенки (60%).
8. Системная лимфаденопатия.
9. Увеличение общего белка крови за счёт α_2 - и гамма-глобулинов, IgG, IgA, IgE и IgM.
10. Наиболее постоянным признаком является эозинофилия периферической крови (до 60-80%) и тканей. Одновременно или несколько позднее появляются гиперлейкоцитоз (20-64 тыс) с нейтрофильным сдвигом влево и увеличенная СОЭ (до 20-40 мм/час).

При аскаридозе эозинофилия выявляется с 3-9-го дня заражения и приходит к исходным цифрам к 35-40-му дню болезни. При описторхозе эозинофилия выявляется на 5-13-й день болезни и максимума она достигает к 18-28-му дню болезни.

Диагностическое значение эозинофилии в острой стадии гельминтозов может быть настолько велико, что некоторые эпидемические вспышки, например трихинеллеза, описторхоза и фасциолеза, были своевременно распознаны благодаря этому диагностическому признаку.

Длительность острой стадии обычно от 1 до 4 месяцев. В некоторых случаях она может затягиваться до 8-10 месяцев и более,

В конце острой стадии гельминтозов острые аллергические явления постепенно стихают, нормализуется число лейкоцитов, значительно уменьшается эозинофилия и пр. В то же время симптоматика, свойственная хронической стадии гельминтозов, еще не успевает развиваться. В организме больного наступает относительное равновесие, характер и предрасположенность которых зависят как от индивидуальной реактивности организма больного, так и от вида возбудителя, от степени общности его антигенов с антигенами хозяина, от интенсивности инвазии и пр. Эту стадию заболевания обозначают как подострую или латентную.

Незнание и игнорирование особенностей течения гельминтозов в острой стадии могут привести к грубым диагностическим ошибкам. Следствием этого могут быть неправильно сделанные назначения. Так, вместо десенсибилизирующей терапии таким больным нередко назначают антибиотики и другие препараты, обладающие сенсibiliзирующим действием; что может нанести непоправимый вред здоровью и даже привести к гибели больного. Нецелесообразно назначать гормоны, ибо это приводит к затяжному течению острой стадии (за счет иммуносупрессии гормонов).

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ГЕЛЬМИНТОЗОВ ЧЕЛОВЕКА, ВЫЗЫВАЕМЫХ МИГРИРУЮЩИМИ ЛИЧИНКАМИ ГЕЛЬМИНТОВ ЖИВОТНЫХ

Эта группа заболеваний, обусловленных паразитированием мигрирующих личинок зоогельминтов, для которых человек не является естественным хозяином, известна под термином "larva migrans" (мигрирующая личинка), предложенным Beaver P.C. с соавт. в 1952 году.

Различают кожную и висцеральную формы этих заболеваний, возбудителями которых являются разные гельминты.

Кожная форма larva migrans возникает в результате проникновения под кожу человека некоторых гельминтов животных: шистосоматид водоплавающих птиц (трематоды), анкилостоматид собак и кошек, стронгилид (нематоды). При контакте с почвой или водой личинки гельминтов проникают в кожу, располагаясь в зернистом слое эпидермиса или в более глубоких слоях, откуда вновь мигрируют в эпидермис.

Клинические проявления развиваются вскоре после инвазии и характеризуются возникновением чувства жжения, покалывания или зуда в месте внедрения гельминта.

При заражении шистосоматидами на коже соответственно месту внедрения церкариев появляются папулезные элементы, превращающиеся спустя 1-3 дня в корочки. Часто наблюдается местная или распространенная крапивница (зуд купальщиков, шистосоматидный дерматит). Нередко наблюдаются кратковременная лихорадка, признаки общего недомогания, более выраженные при повторном заражении. Спустя 1-2 недели (реже 5-6 недель) наступает выздоровление.

При инвазии личинками нематод развивается линейный аллергический дерматит. Линейное поражение кожи возникает по ходу продвижения личинок и обычно ежедневно увеличивается на 2-3 см (до 5 см). Полосы могут быть по 30 см. Ходы извитые. Гиперемия яркая в передней части полосы и менее в задней части. Зуд кожи, расчёсы и как следствие - присоединение вторичной инфекции. У детей чаще происходит поражение кожи ягодиц. Может наблюдаться уртикарная сыпь. Продолжительность патологических явлений может достигать 4-6 месяцев, редко более, хотя к этому времени личинок в коже уже может и не быть. Иногда эти проявления сопровождаются субфебрильной температурой, кашлем, эозинофилией периферической крови. В отдельных случаях личинки мигрируют в легкие, вызывая развитие синдрома Леффлера.

Диагностика: ИФА, РЭМА, РИГА.

Лечение:

- немозол — детям старше 2-х лет — 10-15 мг/кг/с в 2 приема после еды, курс 3-5 дней;
- тиабендазол — 30 мг/кг/с в 3 приема после еды, курс 3-5 дней.

Висцеральная форма larva migrans. Возбудителями являются личинки цестод (*Sparganum mansoni*, *Cysticercus cellulosae*, *Echinococcus granulosus*, *Multiceps* spp.) и нематод (*Toxocaris canis*, *T. mystax*, *Toxoascaris leonina*, *Filariatidae* и др.) плотоядных животных.

Человек заражается в результате заглатывания яиц гельминтов с водой и пищевыми продуктами и становится промежуточным хозяином паразитов. Заболевание регистрируется преимущественно у детей 1-6 лет.

Клинические проявления висцеральной формы развиваются спустя 4-5 месяцев после заражения и в начальной стадии характеризуются нерезко выраженными симптомами интоксикации: отмечается плохое самочувствие, недомогание, возможна аллергическая экзантема. При заражении цестодами в кишечнике человека из яиц гельминтов выходят личинки, проникающие через кишечную стенку в кровь и достигающие различных внутренних органов, где они трансформируются в пузырьвидные личинки, достигающие 5-10 см в диаметре, которые сдавливают ткани и нарушают функцию соответствующих органов. Потом присоединяются и нарастают симптомы, обусловленные локализацией паразита в органах. Наиболее тяжелая клиническая картина наблюдается при поражении центральной нервной системы.

Личинки цепней (цистицерки, ценура) располагаются преимущественно в оболочках и веществе головного мозга, обуславливая клинику объемного процесса (цистицеркоз, ценуроз головного мозга). У больных наблюдаются головная боль, признаки церебральной гипертензии, очаговые симптомы, парезы и параличи, эпилептиформные судороги. Кроме головного мозга, личинки могут располагаться в спинном мозге, глазном яблоке, серозных оболочках, межмышечной соединительной ткани и др.

Заражение яйцами нематод животных (токсокароз, токсоаскаридоз и др.) сопровождается тяжелой общей аллергической реакцией с лихорадкой неправильного типа, сухим кашлем, приступами бронхиальной астмы, аллергической экзантемой. Рентгенография выявляет в легких "летучие" эозинофильные инфильтраты. Нередко наблюдается гепатомегалия с развитием желтухи и нарушением функциональных проб печени. В биоптатах печени обнаруживаются

эозинофильные гранулемы. Подобные изменения могут быть найдены в поджелудочной железе, почках, кишечной стенке, миокарде и других тканях. При УЗИ внутренних органов определяются экзогенные включения.

В крови у этих больных значительная эозинофилия (от 50 до 90%), возможна лейкомоидная реакция (до 20-150 тыс. лейкоцитов в 1 мм крови), СОЭ повышена. Выявляются гипоальбуминемия, гиперглобулинемия с преобладанием содержания у-глобулинов, IgM, IgG (в 2 раза больше нормы), IgE (в 25 раз больше нормы). Развиваются гипохромная анемия, тромбоцитопения.

Заболевание склонно к рецидивирующему течению. Продолжительность заболевания достигает 5-8 месяцев (иногда до 2 лет).

Диагностика:

- клинико-эпидемиологические данные;
- ИФА, РСК, РИГА;
- УЗИ;
- рентгенография;
- эндоскопия.

Лечение:

- немозол - детям старше 2-х лет - 10-15 мг/кг/с в 2 приема после еды, курс 5-10 дней;
- тиабендазол - 25-30 мг/кг/с в 3 приема после еды, курс 5-10 дней;
- мебендазол - детям старше 2-х лет после еды, 5 мг/кг/с в 3 приема, курс 5-10 дней;
- дитразин - 4-6 мг/кг/с в 3 приема после еды, курс 14-28 дней.

Курс повторного лечения проводят через 1-2 месяца.

Прогноз серьезный, при отсутствии лечения возможны летальные исходы.

Клиника хронической стадии гельминтозов

Особенности патологии, а следовательно, и симптоматологии того или иного гельминтоза, зависят от локализации возбудителя, своеобразия его механического, токсического, сенсibiliзирующего воздействия и особенностей его обмена, а также от реактивности организма хозяина и прочих условий.

Гельминтозы могут протекать и субклинически, и с выраженной клинической симптоматикой. При всех гельминтозах, как правило, наблюдается астеновегетативный (неврологический) синдром, часто диспептический (особенно при кишечных гельминтозах) и болевой синдромы, нередко страдает сердечно-сосудистая система, поражаются органы кроветворения и другие органы, что находит соответствующее выражение в клинических проявлениях и при микроморфологических и патологоанатомических исследованиях.

Длительность хронической стадии гельминтозов колеблется от нескольких недель до многих лет.

Основные клинические симптомы, диагностика, дифференциальная диагностика и осложнения представлены в табл. 3.

Таблица 3
Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и осложнения распространенных гельминтозов

Заболевание	Клинические проявления	Обследование			Дифференциальная диагностика	Осложнения
		эозинофилия	серодиагностика	на яйца или личинки и другие исследования		
1	2	3	4	5	6	7
Аскаридоз МКБ-10-B77	Желудочно-кишечные расстройства, при миграции в легкие - от кашля и пневмония	Обычно слабая; во время миграции через легкие - от умеренной до выраженной	ИФА, РСК, РИГА	Яйца аскарид в кале. Во время миграции личинок - физикальное исследование	В острой стадии: с обструктивным бронхитом, пневмонией, бронхитальной астмой, туберкулезом легких. В хронической стадии: с острыми кишечными инфекциями (ОКИ), атопическим дерматитом, цестодами	Непроходимость кишечника, обтурационная желтуха, острый панкреатит, аппендицит и редко - запоры в дыхательные пути -> асфиксия
Энтеробиоз МКБ-10-B80	Анальный зуд	Отсутствует	Не применяется	Яйца остриц при исследовании с помощью липкой ленты, перинальные соскобы, осмотр области заднего прохода	С микозами кожи промежности, с атопическим дерматитом, функциональным запором, ОКИ, трихоцефалезом	Расчесы кожи промежности с последующим нагноением, аппендицит, цистит, вульвовагинит, энурез, неврастения
Трихоцефалез МКБ-10 - B79	Клинические проявления редки	Отсутствует или слабая	Не применяется	Яйца власоглава в кале. Ректороманоскопия - зрелые гельминты	Со спастическим колитом, хроническим гастродуоденитом, анкилостомидозами, энтеробиозом, кишечными протозойными инвазиями	Гипо- или нормохромная анемия, илеит, спастический колит, геморрой с выпадением прямой кишки, синдром Меньера, эпилептиформные припадки
Продолжение таблицы 3						
1	2	3	4	5	6	7
Ангиостомидозы МКБ-10-B76	Желудочно-кишечные расстройства, в тяжелых случаях - анемия	От умеренной до выраженной	РИГА	Яйца гельминтов в кале	С гипохромной анемией, дуоденитом, язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, стронгилоидозом, ОКИ, кишечными протозойными инвазиями. При перкутанном пути заражения - с атопическим дерматитом, обструктивным бронхитом, ларингитом и пневмонией	Гипохромная анемия, задержка в физическом развитии, истощение; кахексия
Стронгилоидоз МКБ-10 -B78	Дуоденит; редко - генерализация заболевания	От умеренной до выраженной	ИФА	Личинки в свежем кале и в дуоденальном содержимом	С ОКИ, язвенной болезнью 12-перстной кишки, с дискинезией желчевыводящих путей, анкилостомидозами. При перкутанном пути заражения - с атопическим дерматитом, крапивницей, обструктивным бронхитом и пневмонией	Язвенные поражения кишечника, вторичная анемия, кахексия [^] перфоративный перитонит, некротический панкреатит, аллергический миокардит, редко менингоэнцефалит
Трихинеллез МКБ-10 -B75	Лихорадка, понос, периорбитальный отек, боль в мышцах	Выраженная	ИФА, РЭМА, РСК, РИГА	Биопсия мышц и кожи с целью обнаружения личинок	С миалгией, атопическим дерматитом, отеком Квинке, брюшным и сыпным тифом, леготспирозом, ОКИ	Миокардит, пневмония, гепатит, нефрит, менингоэнцефалит
Токсокароз, кожная форма: поражение кожи личинкам и МКБ-10	Получшее поражение кожи, сильный зуд	Варьирует	ИФА, РЭМА, РИГА	Физикальное исследование	С рецидивирующим атопическим дерматитом	Расчесы, гнойничковые поражения кожи
Токсокароз, висцеральная форма: поражение внутренних органов личинками МКБ-10 B83.0	Лихорадка, гепато- и спленомегалия	Выраженная	ИФА, РЭМА, РИГА	Физикальное исследование	С обструктивным бронхитом, пневмонией, бронхитальной астмой, ОКИ, эпилепсией, ретинобластомой и циститом	Пневмония, бронхитальная астма, аллергический миокардит

<i>Продолжение таблицы 3</i>						
1	2	3	4	5	6	7
Шистосомоз японский (<i>Schistosoma japonicum</i>) МКБ-10 B65.2	Лихорадка, недомогание, боль в животе, понос, гепатомегалия	От умеренной до выраженной	ИФА, РЭМА, РСК, внутрикожная проба	Яйца гельминтов в кале, биопсия прямой кишки	С пневмонией, бронхиальной астмой, атопическим дерматитом, ОКИ, менингитом, энцефалитом другой этиологии, эпилепсией	Присоединение бактериальной инфекции с развитием абсцессов и флегмон желудка и кишечника, аппендицит, спаечная болезнь, фистулы кишечника, стриктуры толстой кишки с развитием непроходимости кишечника, полипоз и рак толстой кишки
Шистосомоз мочевого пузыря (<i>Schistosoma haematobium</i>) МКБ-10 B65.0	Лихорадка, недомогание, гематурия	От умеренной до выраженной	ИФА, РЭМА, РСК, внутрикожная проба	Яйца гельминтов в моче; биопсия мочевого пузыря или прямой кишки	С циститом, уретритом, пиелонефритом, заболеваниями половых органов другой этиологии; хроническими гепатитами; опухолями и туберкулезом мочевого пузыря	Пиелонефрит; нефролитиаз; фистула мочевого пузыря; рак мочевого пузыря; у мальчиков - простатит, псевдоэлифантиаз и половых органов; у девочек - кольпит, эрозия, полипоз слизистой шейки матки; цирроз печени
Шистосомоз Мансона (<i>Schistosoma Mansoni</i>) МКБ-10-B65 J1	Лихорадка, колит, гепатомегалия, воротная гипертензия	От умеренной до выраженной	ИФА, РЭМА РСК, внутрикожная проба	Яйца гельминтов в кале, биопсия прямой кишки	С теми же заболеваниями, что и при японском шистосомозе	Те же осложнения, что и при японском шистосомозе

<i>Продолжение таблицы 3</i>						
		3	4	5	6	7
		Цестоды (ленточные черви)				
Тениаринхоз (бычий цепень) МКБ-10 -B68.1	Симптомы отсутствуют; может быть активное выплывание члеников	Отсутствует	Не применяется	Выделение члеников бычьего цепня с калом; яйца в перинальном соскобе	С ОКИ, желчекаменной болезнью, эпилепсией, неврастенией, психастенией, тениозом, дифиллоботриозом	Непроходимость кишечника, аппендицит, вульвит (заполнение проглоттка), атипичная локализация цепня в 12-перстной кишке, желчном пузыре, поджелудочной железе, глоссит, эпиплентоморфные припадки, трещины заднего прохода
Тениоз (свиной цепень) МКБ-10 • B68	Симптомы отсутствуют; - редко - цистицеркоз ЦНС	Отсутствует	Не применяется. При цистицеркозе: ИФА, РИГА	Выделение члеников свиного цепня с калом; яйца в перинальном соскобе	С гипохромной анемией, ОКИ, тениаринхозом, дифиллоботриозом	Цистицеркоз мозга, глаза, сердца; гипохромная анемия; непроходимость кишечника
Дифиллоботриоз (широкий лентец) МКБ-10-B70.0	Симптомы отсутствуют; редко - дефицит витамина В12	Отсутствует	Не применяется	Яйца широкого лентеца в кале	С витамином В12-дефицитной анемией другой этиологии, ОКИ, тениаринхозом, тениозом	В12-дефицитная анемия, глоссит, непроходимость кишечника
Гименолепидоз (карликовый цепень) МКБ-10 B71.0	Симптомы отсутствуют	Отсутствует	Не применяется	Яйца карликового цепня в кале	С вазомоторным ринитом и анемией другой этиологии, ОКИ, эпилепсией	Вазомоторный ринит, obstructивный бронхит, эпиплентоморфные припадки, анемия
Эхинококкоз МКБ-10 B67	Симптомы появляются при сдавлении кистой окружающих тканей	Варьирует	ИФА, РЭМА, РСК, РИГА, кожная проба	Обнаружение кисты	С опухолями печени, легких и других органов; гемангиомами печени; туберкулезом и иерсиниозом легких; атопическим дерматитом; крапивницей.	Нагноение кисты; вскрытие кисты с развитием перитонита, плеврита; обтурация кистой ворот печени → асцит; анафилактический шок после разрыва кисты; анемия; амфиноидоз.

<i>Продолжение таблицы 3</i>						
1	2	3	4	5	6	7
Трематоды (сосальщики)						
Фасциолёзы (печеночный и гигантский сосальщики) МКБ-10 • B663	Лихорадка, недомогание, боли в эпигастральной области, чаще приступообразные, гепатомегалия	Выраженная	ИФА, РЭМА, РСК, РИГА, внутрикожная проба	Яйца гельминтов в дуоденальном содержимом и в кале.	В острой стадии: с крапивницей, острыми гепатитами. В хронической стадии: с гепатитом и гепатохолециститом другой этиологии, описторхозом и клонорхозом	Абсцесс печени, гнойный ангиохолит, обструкция желчных протоков

Описторхоз (двуустка кошачья) МКБ-10-66.0	Лихорадка, недомогание, боли в эпигастрии и в правом подреберье, гепатомегалия, холангиохолецистит	Выраженная	РЭМА, РИГА	Яйца кошачьей двуустки в дуоденальном содержимом и в кале	В острой стадии: с сыпным тифом, паратифами, ОКИ, острым вирусным гепатитом, пневмонией, атопическим дерматитом. В хронической стадии: с хроническим холецистопанкреатитом и холангиогепатитом другой этиологии, гастродуоденитом, язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, фасциолезом, клонорхозом	Фиброз поджелудочной железы, стриктура холедоха, обструкция желчных протоков, цирроз печени, холангиома
Клонорхоз (двуустка китайская) МКБ-10 - B66.1	Лихорадка, недомогание, боли в эпигастрии и в правом подреберье, гепатомегалия, холангиохолецистит	Выраженная	РСК, РИГА	Яйца китайской двуустки в дуоденальном содержимом и в кале	С теми же заболеваниями, что и при описторхозе и с ним	Те же осложнения, что и при описторхозе
Шистосоматидный дерматит (церкарии Trichobilharzia oscelata и Trichobilharzia siamcoiae) МКБ-10 -B65	Кожный зуд, эритемы и красные папулы на коже	От умеренной до выраженной	ИФА, РЭМА, РСК, внутрикожная проба	Физикальное исследование и эпидемиологическое	С атопическим дерматитом, токсикодермией	Расчесы и нагноения кожи

Примечание: * слабая - 5-10%, умеренная - 10-20%, выраженная - более 20%.

Клинические проявления гельминтозов при массивных инвазиях

АСКАРИДОЗ

В острой стадии развивается клиника тяжелого острого аллергоза (см. Клиника острой стадии). В хронической стадии больные жалуются на понижение или повышение аппетита, иногда на слюнотечение, тошноту, боли в животе, на понос или запор. Дети становятся капризными, нервными, жалуются на головные боли, плохой сон, у школьников снижается успеваемость. У взрослых снижается работоспособность. Может наблюдаться симптоматика гипоацидного или анацидного гастрита, энтерита, энтероколита.

В редких случаях аскаридоз может быть причиной истерических и эпилептиформных припадков, вестибулярных расстройств и даже менингеальных явлений. В общем анализе крови у больных нередко отмечается умеренно выраженная эозинофилия, иногда - гипохромная анемия и тромбоцитопения.

При массивной инвазии у детей раннего возраста имеют место: бледность кожных покровов, понижение питания, задержка физического развития, гипохромная анемия, выраженная эозинофилия, тенденция к лейкопении, умеренное увеличение СОЭ.

ЭНТЕРОБИОЗ

При сильной интенсивности инвазии промежутков в выделении остриц почти не бывает. Интенсивность зуда в перианальной области различна. В ряде случаев он бывает настолько нестерпимым и мучительным, что лишает больных сна, отдыха. У взрослых больных развивается бессонница, отмечаются головные боли, головокружения, снижается работоспособность, у школьников нарушается внимание, снижается успеваемость. У некоторых больных развивается тяжелая неврастения. Дети становятся капризными, плаксивыми, теряют в весе, жалуются на головные боли, у некоторых развиваются судорожные припадки, обмороки. Постоянное раздражение острицами может привести к ночному недержанию мочи, мастурбации.

Интенсивная инвазия зачастую вызывает боли в животе, потерю аппетита, тошноту, иногда понос со слизью или, напротив, запор.

В результате постоянных расчёсов области промежности, заноса вторичной инфекции развиваются пиодермия, экзема. У девочек и женщин иногда единственное проявление энтеробиоза - энтеробизный вульвовагинит. У женщин заползание остриц в половые органы приводит к возникновению подчас тяжелых вульвовагинитов, симулирующих гонорейные поражения. Описаны энтеробиозный эндометрит и раздражение тазовой брюшины в результате проникновения через половые пути самок остриц.

В крови определяют слабую эозинофилию.

ТРИХОЦЕФАЛЕЗ

При тяжелой инвазии больные жалуются на боли в правой подвздошной области, иногда приступообразного характера. Больные также жалуются на боли в верхней половине живота или по всему животу, понижение аппетита, тошноту, слюнотечение. Отмечаются: хроническая диарея, тенезмы, потеря в весе. Испражнения бывают слизисто-кровянистыми, клейкими, слизь обычно очень вязкая, густая. При ректороманоскопии наблюдают гельминтов, прикрепленных к слизистой сигмовидной и прямой кишок. Слизистая всегда резко гиперемирована, отечна, очень рыхлая, кровоточит и легко ранима. Одним из осложнений трихоцефалезного гемоколита является выпадение прямой кишки.

Вследствие интоксикации у больных нарушается сон, возникают головные боли, головокружения, снижается работоспособность. У детей могут быть эпилептиформные припадки.

В общем анализе крови диагностируется слабая или умеренная эозинофилия

АНКИЛОСТОМИДОЗЫ

При обоих вариантах анкилостомидозов выявляется симптомокомплекс дуоденита, перидуоденита и еунита. Характерны боли в эпигастральной области. Беспокоят тошнота, ощущения дискомфорта, метеоризм, послабление стула. В испражнениях иногда обнаруживаются примеси слизи и крови.

Далее основные клинические симптомы обусловлены гипохромной анемией: больные жалуются на слабость, быструю утомляемость, одышку, головокружение, потемнение в глазах и шум в ушах. Кожные покровы и слизистые бледные. При выраженной анемии в процесс вовлекаются сердце, печень и другие органы. Развиваются отеки, стоматит, глоссит, ногти становятся истонченными, хрупкими, отмечается ложкообразное их вдавление. Дети и подростки отстают в физическом и умственном развитии от здоровых сверстников. Дети раннего возраста особенно подвержены развитию анемии.

В анализах крови определяют гипохромию и полихромазию эритроцитов, анизопойкилоцитоз, микроцитоз, эозинофилию, увеличение СОЭ. Количество ретикулоцитов обычно повышено.

СТРОНГИЛОИДОЗ

При тяжелых формах инвазии отмечается тошнота, сопровождающаяся рвотой, возникают острые боли в эпигастральной области или по всему животу. Боли появляются обычно натощак или через 2-2,5 часа после еды, что симулирует клинику язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Периодически появляется понос - до 5-7 раз в сутки. Со временем понос становится постоянным и стул приобретает гнилостный запах, содержит остатки непереваренной пищи, иногда слизь, реже кровь. Наступают обезвоживание организма, вторичная анемия, кахексия. Может наступить смерть. Помимо симптомов гастродуоденита и энтероколита могут быть

симптомы ангиохолита и гепатита. Возможны осложнения - перфорация тонкого кишечника с развитием перитонита, панкреатит и другие.

У больных наблюдается головная боль, головокружения, раздражительность, нервозность, повышенная умственная утомляемость.

В периферической крови обнаруживают умеренную или выраженную эозинофилию.

ТРИХИНЕЛЛЕЗ

Характерны четыре ведущих симптома: отек век и всего лица в сочетании с конъюнктивитом, мышечные боли, повышение температуры и гиперэозинофилия крови.

Лицо больного человека приобретает вид "лягушачьего лица". Реже отмечаются отеки на руках, ногах и пояснице. Вслед за отеком лица появляется лихорадка. При тяжелой форме инвазии отеки и лихорадка развиваются медленнее, чем при легкой и среднетяжелой формах болезни, и достигают максимума в более поздние сроки. Лихорадка ремиттирующего типа. Мышечные боли появляются спустя 1-3 и более дней от начала болезни. Сначала боли появляются в мышцах ног, затем в других группах мышц - ягодичных, спины, живота, рук, шеи, жевательных, языка, глотки, глазных. Чаще боли отмечаются в глазных, жевательных, шейных и икроножных мышцах. Боли часто интенсивные, усиливаются при движении, пальпация мышц болезненная. Чем тяжелее протекает заболевание, тем раньше боли возникают и могут развиваться тяжелые миалгии с резкой динамией,

Гиперэозинофилия (50-60%-80%) крови на фоне лейкоцитоза является постоянным и наиболее ранним симптомом трихинеллёза и может сохраняться в течение 2-3 месяцев и более.

Могут быть различные кожные высыпания по типу крапивницы, урти-карные, папулезные и т.д.

Тяжелое течение заболевания может осложниться миокардитом, менингоэнцефалитом, пневмонией. Летальный исход в этих случаях чаще всего наблюдается на 4-8-й неделе болезни.

ТЕНИАРИНХОЗ

У больных тениаринхозом чаще всего развивается симптоматика трех основных синдромов: болевого, диспепсического и астеноневротического.

Наблюдаются боли в животе различной локализации, чаще в правой подвздошной области, что объясняется прохождением проглоттид через богатую рецепторами баугиниеву заслонку. В некоторых случаях тениаринхоз осложняется истинной кишечной непроходимостью, закупоркой желчных протоков, аппендицитом, требующим оперативного вмешательства. Систематическое активное выделение члеников через анальное отверстие способствует возникновению трещин сфинктера заднего прохода, обостряет течение геморроя. Тениаринхоз может имитировать желчекаменную болезнь.

Диспепсический синдром у больных тениаринхозом проявляется тошнотой, ухудшением аппетита (иногда сменяющееся булимией), урчанием в животе, метеоризмом, периодическим расстройством стула. У ряда больных развивается глоссит.

Характерными симптомами астеноневротического синдрома являются: недомогание, раздражительность, слабость, головокружение, нарушение сна, иногда - судорожные припадки. Наличие гельминтов в организме человека, активное выделение проглоттид у некоторых больных в значительной степени травмируют их психику, способствуя развитию психастении, неврастении.

В крови наблюдаются уменьшение содержания гемоглобина, снижение числа эритроцитов, тромбоцитов, эозинофилия, нейтропения и относительный лимфоцитоз.

Осложнения течения тениаринхоза: заплзание проглоттид в червеобразный отросток, во влаглище, атипичная локализация цепня в желчном пузыре, двенадцатиперстной кишке, поджелудочной железе.

ТЕНИОЗ

У больных с манифестной формой отмечается симптоматика болевого, диспепсического, астеноневротического синдромов разной степени выраженности. Болевой синдром характеризуется болями в животе разной локализации и различной интенсивности- При диспепсическом синдроме отмечаются ухудшение аппетита, тошнота, рвота. Симптомами астеноневротического синдрома являются недомогание, слабость, периодические головные боли, головокружение, нарушение сна. Иногда у больных тениозом развивается гипохромная анемия.

В целом клиника тениоза мало отличается от клиники тениаринхоза, однако при тениозе в большинстве случаев отсутствует такой характерный для тениаринхоза симптом, как активное выползание члеников паразита из анального отверстия.

ДИФИЛЛОБОТРИОЗ

При манифестных формах заболевание начинается постепенно. У больных отмечаются непостоянный субфебрилитет, диспепсический синдром (ухудшение аппетита, обильное слюноотделение, желудочный дискомфорт, боли в эпигастральной области или по всему животу, урчание, вздутие живота, подгашнивание, реже рвота, стул становится неустойчивым). В случаях парази-тирования большого количества лентецов или длительного течения гельминтоза у некоторых больных может наступить динамическая или обтурационная кишечная непроходимость. Параллельно появляются и нарастают симптомы астеноневротического синдрома (слабость, утомляемость, головокружение), а также клинические и гематологические признаки В₁₂-дефицитной анемии -возникают боль и парестезии в языке, в тяжелых случаях наблюдается глоссит Хантера (наличие на языке ярко-красных болезненных пятен, трещин), позднее сосочки языка атрофируются, он становится гладким, блестящим - "лакированным"); ахлоргидрия (желудочный дискомфорт, послабление стула, пониженная толерантность к пищевым нагрузкам); при тяжелом течении В₁₂-дефицитной анемии развивается фуникулярный миелоз (нерезкие парестезии, нарушения поверхностной и глубокой чувствительности).

Со стороны сердца - тахикардия, расширение границ, мягкий систолический шум на верхушке, гипотензия. Характерно уменьшение количества эритроцитов и менее интенсивное - гемоглобина при высоком значении цветового показателя, отмечаются нарастание уровня непрямого билирубина сыворотки крови, относительный лимфоцитоз и нейтропения, увеличение СОЭ. При свежей инвазии может выявляться эозинофилия. В мазке крови в небольшом количестве обнаруживаются мегалобласты, тельца Жоли, кольца Кэбота, гиперхромные макроциты, полихроматофильные эритроциты и эритроциты с базофильной зернистостью. У некоторых больных количество эритроцитов и уровень гемоглобина остаются в пределах нормы, но имеются признаки макроцитоза (сдвиг кривой Прайс-Джонса вправо).

ГИМЕНОЛЕПИДОЗ

У больных гименолепидозом наблюдаются следующие изменения: жалобы на боли в животе, не связанные с приемом пищи, отрыжка, частая тошнота, иногда рвота, нарушение аппетита, слюнотечение. Во многих случаях наступает дисфункция кишечника (поносы, часто со слизью). В результате длительного поноса и потери аппетита наблюдается похудение, развивается выраженный дисбактериоз толстого кишечника.

Помимо диспепсического синдрома, столь характерного для гименолепи-доза, у ряда инвазированных карликовым цепнем отмечается нарушение функции сердечно-сосудистой системы.

У детей гименолепидоз протекает в более выраженной и тяжелой форме. Со стороны нервной системы могут наблюдаться значительные нарушения. Дети становятся нервными, раздражительными, капризными, жалуются на головные боли, головокружение, бессонницу, у них нередко снижается успеваемость. Могут быть эпилептиформные припадки, которые прекращаются после успешного специфического лечения.

Выраженных и характерных изменений крови у больных гименолепидозом обычно не выявляется. Иногда наблюдаются умеренное снижение уровня гемоглобина и небольшое увеличение количества эозинофилов.

ФАСЦИОЛЕЗЫ

В острой стадии клинические симптомы характеризуются проявлениями острого аллергоза (см. "Клиника острой стадии"¹¹). Острая стадия через 2-6 месяцев переходит в хроническую стадию, при которой заболевание протекает с выраженными диспепсическими расстройствами, поражением печени и желче-выводящих путей. Характерны тупые боли в правом подреберье, снижение аппетита. Отмечаются тошнота, слабость, головокружение. Печень умеренно увеличена и болезненна. Заболевание протекает по типу хронического гепатохолецистита с повторными обострениями.

Фасциолёз может осложниться абсцессом печени, гнойным ангиохолитом и обтурацией желчных протоков.

При исследовании крови определяют нормальное количество лейкоцитов или умеренной лейкоцитоз, слабую эозинофилию, увеличение СОЭ.

ОПИСТОРХОЗ

В острой стадии описторхоза клиника обусловлена симптомами тяжелого острого аллергоза (см. "Клиника острой стадии").

В хронической стадии заболевание протекает в виде двух основных синдромов: по типу хронического рецидивирующего холецистита (холецистопанкреатита, холангиогепатита) и прогрессирующего гастродуоденита с формированием эрозивно-язвенного процесса. Первый вариант чаще встречается у женщин, второй - у мужчин. Нередки случаи сочетания обоих синдромов.

При холепатическом варианте заболевание протекает монотонно и проявляется чувством тяжести, давящими болями в правом подреберье с иррадиацией в правую ключицу или в спину. Боли обостряются в виде приступов желчной колики. Часто возникают головокружения, головные боли и диспепсические расстройства. Печень увеличена, уплотнена. Желчный пузырь увеличен, достигает порой, чаще у женщин, огромных размеров.

Гастродуоденопатический вариант болезни протекает с умеренно выраженными болями в эпигастрии и правом подреберье, снижением аппетита, тошнотой, нарушением стула, чаще со склонностью к запорам, В отличие от язвенной болезни суточный ритм болей, сезонность, обострения четко не выражены, кислотообразующая функция желудка обычно снижена. При фиброгастроскопии выявляют относительно малые размеры ниш, иногда две ниши на фоне выраженных воспалительных изменений, как правило, в антральном отделе желудка. В случае повторного обследования через 1-2 года рубцовых изменений часто не находят.

У детей старшего возраста описторхоз в хронической стадии проявляется преимущественно выраженной холепатией, реже - гастроэнтеропатическим синдромом. У детей младшего возраста выявляют замедление физического развития, нарушение аппетита, снижение питания, умеренное увеличение размеров печени, неустойчивый стул.

Осложнениями болезни являются: гнойный холангит, абсцессы печени, разрыв кистозно расширенных желчных протоков с последующим развитием желчного перитонита, первичный рак печени (холангиома).

В крови - выраженная эозинофилия, умеренная анемия с нормо- или макробластическим типом кроветворения.

КЛОНОРХОЗ

Общность биологии и эпидемиологии китайского сосальщика и кошачьей двуустки определяет сходство клинических проявлений общих гельминтозов - клонорхоза и описторхоза. Клонорхоз является гельминтозом хронического течения с преимущественным поражением гепатобилиарной системы. Особенно тяжелое течение клонорхоза отмечается у приезжающих в эндемичные районы. Дифференциальный диагноз клонорхоза и описторхоза возможен только по данным лабораторных исследований.

ДИАГНОСТИКА

Диагностика острой стадии гельминтозов и гельминтозов, вызванных личинками животных, проводится с учетом клинико-эпидемиологических данных. Диагноз подтверждается инструментальными (эндоскопия, рентгенография, УЗИ и др.) и сероиммунологическими методами (РСК, РНГА, ИФА и др.).

Диагностика хронической стадии гельминтозов представлена в таблице 3.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ГЕЛЬМИНТОЗАМИ

Принципы лечения больных в острой (миграционной) стадии гельминтозов (при миграции личинок гельминтов человека и животных):

1. В терапию не следует включать иммуностимулирующие и иммуномодулирующие препараты.

2. В момент назначения антигельминтика не следует назначать также адсорбенты и очищающие организм препараты. Эти препараты используют сразу или через день после окончания приема антигельминтика.

3. Терапия больного в острой фазе гельминтозов включает назначение внутрь (при тяжелом течении болезни - парентерально) антигистаминных препаратов, препаратов кальция в хелатных формах и витаминов - аскорбиновой кислоты, аскорутина.

4. Противопаразитарную терапию проводят на выбор следующими препаратами:

- немозол - детям старше 2-х лет 10-15 мг/кг/с в 2 приема после еды, курс 5-10 дней;
- тиабендазол - 30-50 мг/кг/с в 3 приема после еды, курс 5-10 дней;
- мебендазол - детям старше 2-х лет 5 мг/кг/с в 2 приема после еды, курс 5-10 дней;
- дитразин - 4-6 мг/кг/с в 3 приема после еды, курс 14—28 дней.

В зависимости от вида гельминтоза, эффективности и переносимости препарата проводят от 1 до 5 курсов противопаразитарной терапии.

Лечение антигельминтиками может вызвать усиление аллергических явлений, поэтому его нужно проводить в стационаре на фоне десенсибилизирующих препаратов, вплоть до

Продолжение таблицы 4

назначения глюкокортикоидных гормонов в умеренных дозах в течение 5-7 дней.

5. После окончания курса лечения противопаразитарным препаратом назначают адсорбенты (лактофильтрум, фильтрум, полифепан, смекта, реабан, полисорб МП, билигнин) на 7-10 дней, а затем - средства, повышающие иммунитет (метилурацил, пентоксил, нукленат натрия, имунофан) и адаптогены.

Эффективность лечения больных определяют исчезновением клинических симптомов болезни и снижением титра специфических антител.

	Дозы	антигельминтиков для лечения детей в хронической стадии гельминтозов		Таблица 4
Инвазии	Препарат	Схема лечения	Примечание	Эффективность (в%)
t	2	3	4	5
	Немозол	Старше 2 лет 10-15 мг/кг массы в сутки в 1 прием. Курс - 1 день.	После еды	98%
	Медамин	10 мг/кг массы в сутки в 3 приема. Курс -1 день.	После еды. При массивной инвазии курсовое лечение до 2-3 дней.	более 90%
О	Декарис (леваamisол)	2,5 мг/кг массы в сутки в 2-3 приема. Курс -1 день.	После еды	95%
АСКАРИ	Комбантрин (пирантел, немощнд, гельминтокс)	6 мес. - 2 года - 125 мг, 3-6 лет - 250 мг, 7-12 лет - 500 мг в 1-2 приема; 13-15 лет - 750 мг в 3 приема. Курс -1 день.	Во время или после еды.	более 90%
	Вермокс (мебендазол)	До 7 лет - 25 мг 2 раза в день, 7-9 лет - 50 мг 2 раза в день, старше 9 лет -100 мг 2 раза в день. Курс - 3 дня,	Через час после еды.	90%
	Тиабендазол (минтезол)	25 мг/кг массы в сутки в 2 приема. Курс -1-2 дня.	После еды	95%
	Немозол	Старше 2 лет 10-15 мг/кг массы в сутки в 1 прием. Курс - 1 день.	После ужина. 3 курса с интервалом в две недели	100%
БИОЗ	Вермокс	От 2 до 7 лет - 2,5 мг/кг массы в сутки в один прием, 7-9 лет - 50 мг в один прием, старше 9 лет - 100 мг однократно. Курс - 1 день.	После ужина. 3 курса с интервалом в две недели	до 98,5%
	Комбантрин	6 мес. -2 года- 125 мг, 3-6 лет - 250 мг, 7-12 лет-500 мг, 13-15 лет - 750 мг однократно. Курс -1 день.	Во время или после еды. 3 курса с интервалом в две недели.	до 97,5%
	Пирвиниум (ванкин)	5 мг/кг массы в сутки или 1 драже, или 1 чайная ложка суспензии на 10 кг веса тела однократно. Курс - 1 день	После завтрака. 3 курса с интервалом в две недели.	до 96,5%

1	3	4	5	
SOB	Немозол	Старше 2 лет 10 мг/кг массы в сутки в 2 приема. Курс - 3 дня.	После еды	95%
	Медамин	10 мг/кг массы в сутки в 3 приема. Курс - 3 дня.	После еды	более 90%
	Вермокс	2,5 мг/кг массы в сутки в 2-3 приема. Курс - 3 дня.	После еды	более 90%
АНКИЛО-СТОМИДОЗЫ	Немозол	Старше 2 лет 10-15 мг/кг массы в сутки в 1 прием. Курс - 1 день.	После еды	90-95%
	Вермокс	До 7 лет - 25 мг 2 раза в день, 7-9 лет - 50 мг 2 раза в день, старше 9 лет - 100 мг 2 раза в день. Курс - 3 дня.	Через час после еды	80-90%
	Комбантрин	10 мг/кг массы в сутки в 1-2 приема. Курс 2-3 дня.	Во время еды	90%
	Тиабендазол	25-30 мг/кг массы в сутки в 2-3 приема. Курс - 3 дня.	Через час после еды	60-80%
СТРОНГИЛОИДОЗ	Немозол	Старше 2 лет 10-15 мг/кг массы в сутки в 1-2 приема. Курс - 3 дня.	После еды	95-98%
	Медамин	10 мг/кг массы в сутки в 3 приема. Курс - 1 день.	После еды. При массивной инвазии курсовое лечение до 2-3 дней	80-90%
	Декарис	2,5 мг/кг массы в сутки в 2-3 приема. Курс - 1 день.	После еды	90%
	Тиабендазол	25 мг/кг массы в сутки в 2*3 приема. Курс - 2 дня.	Через час после еды. Показан при мигрирующих формах	90%
ТОКСОКАРОЗ	Немозол	Старше 2 лет 10-15 мг/кг массы в сутки в 2 приема. Курс - 10-20 дней.	Через час после еды	80-90%
	Вермокс	5 мг/кг массы в сутки в 1-2 приема. Курс - 15-30 дней.	Через час после еды	60%
	Тиабендазол	25 мг/кг массы в сутки в 2-3 приема. Курс 7-10 дней	Через час после еды	70%
ТРИХИЦЕЛЛЕЗ	Немозол	Старше 2 лет 10-15 мг/кг массы в сутки в 2 приема. Курс - 10-20 дней.	Через час после еды	90-95%
	Вермокс	До 7 лет - 25 мг 3 раза в день, 7-9 лет - 50 мг 3 раза в день. 10 лет и старше - 100 мг 2-3 раза в день в течение 3 дней, затем 500 мг 3 раза в день в течение 10 дней.	Через час после еды	90%
	Тиабендазол	25 мг/кг массы в сутки в 2 приема через 12 часов. Курс - 3-5 дней. Второй курс по показаниям через одну неделю.	Через час после еды.	90%

Следует отметить, что нецелесообразно применять одновременно более 3-4 препаратов.

Поскольку энтеробиоз является контактным биогельминтозом, то тактика лечения больных с этой инвазией несколько отличается от таковой при лечении больных с другими гельминтозами. Лечение больных энтеробиозом должно обязательно сочетаться с мероприятиями по предупреждению легко осуществляемых самозаражений и повторных заражений. Назначение только одной медикаментозной терапии почти бесполезно без одновременной личной профилактики.

Гигиенические мероприятия при лечении больных энтеробиозом сводятся к следующему. Помимо обычных мер личной гигиены (чистоты рук и ногтей, запрещение детям брать пальцы в рот, грызть ногти и т.д.), больной энтеробиозом должен на ночь и утром подмываться водой с мылом. Спать необходимо в глухих трусах, которые каждый день нужно менять. Снятое нательное и постельное белье ежедневно проглаживать горячим утюгом или лучше кипятить. Верхнюю одежду (брюки, юбки) также надо тщательно чистить и часто гладить. Необходимо систематически убирать помещение влажной тряпкой.

Ребенку, больному энтеробиозом, желательно перед сном закладывать в задний проход ватный тампон, который препятствует выползанию остриц. Для уменьшения перианального зуда и снижения возможности самозаражения используются различные мази, в состав которых входит анестезин.

Курсы антигельминтной терапии проводят трёхкратно с интервалом в две недели.

В случае установления диагноза энтеробиоза у одного члена семьи, лечение проводят всем членам семьи.

Гименолепидоз также является контактным биогельминтозом. Возможность самозаражения и внутрикишечной реинвазии требует настойчивого и систематического лечения больных. Лечение больных гименолепидозом должно обязательно сочетаться с мероприятиями по предупреждению легко осуществляемых самозаражений и аутосуперинвазий. Профилактические мероприятия включают прежде всего соблюдение личной гигиены (чистота рук и ногтей, запрещение детям брать пальцы в рот, грызть ногти и т.д.).

В случае установления диагноза гименолепидоза у одного члена семьи лечение проводят всем членам семьи.

ПРОГНОЗ

Прогноз течения того или иного гельминтоза зависит от поставленного диагноза, наличия или отсутствия осложнений. Известная клиника острой стадии аскаридоза, стронгилоидоза, токсокаридоза и т.д. приводит к назначению неадекватной терапии (амп гормонов) и в конечном итоге к развитию бронхиальной астмы и др. атопической болезни. Длительно протекающие гельминтозы (например описторхоз, шистосомозы) заканчиваются развитием цирроза печени, гепатомы, рака кишечника.

Прогноз течения любого гельминтоза при своевременной диагностике и проведении специфического лечения вполне благоприятный.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ

Ребенок, прошедший дегельминтизацию, подлежит диспансерному наблюдению. Диспансеризация наряду с оценкой клинических данных **включая** анализ динамики результатов лабораторных исследований, а также **комплекс** реабилитационных мероприятий. Реабилитация направлена на повышение защитных сил пациента, восстановление функций пораженных органов и устранение последствий осложнений. Реабилитацию проводят до полного **клинического** выздоровления. Важными критериями выздоровления пациента являются: исчезновение гиперэозинофилии, снижение титра специфических антител в динамике наблюдения и отрицательные результаты контрольных копроовоскопических и перианальных соскобов. Сроки диспансерного наблюдения за переболевшими гельминтозами и кратность лабораторного обследования представлены в таблице 5.

Таблица 5 Сроки диспансерного наблюдения за переболевшими гельминтозами

Заболевание	Срок наблюдения	Кратность лабораторного обследования
1	2	3
Аскаридоз	1,5 мес.	Через 10-14 дней после лечения трехкратное исследование кала.
Трихоцефалёз	1,5 мес.	->-
Анкилостомидозы	2 мес.	->-
Трихостронгилоидоз	2 мес.	->-
Стронгилоидоз	3 мес.	После лечения трехкратное исследование кала через 1-2 дня по методу Бермана, затем 1 раз в месяц + дуоденальное зондирование.
Энтеробиоз	1,5 мес.	Через 10 дней после лечения (после 3-го курса) однократное исследование перианального соскоба.
Токсокароз	Не регламентирован	Снижение титра антител в динамике наблюдения
Трихинеллёз	2 года	Осмотр (поперечно-полосатая мускулатура), ЭКГ 1 раз в месяц в течение первых 6 месяцев после лечения, потом 1 раз в 6 месяцев.
Тениаринхоз и тениоз	5 мес.	Через 4-5 месяцев после лечения двухкратное исследование кала и соскоб с интервалом в один месяц.
Дифиллоботриоз	4 мес.	Через 2-2,5 месяца после лечения 2-3 анализа кала с недельным интервалом.
Гименолепидоз	6 мес.	После лечения исследование кала первые два месяца каждые 2 недели, последующие 4 месяца - 1 раз в месяц.

Эхинококкоз	5 лет	1-2 раза в год - ОАК, 0АМ, билирубин и ферменты (АлАт и АсАТ) крови, уровень антител, УЗИ, КТ.
Альвеококкоз	Пожизненно	-»-
Описторхоз	От 6-12 мес. и до 2 лет	Через 3-5 месяцев после лечения трехкратное исследование кала и дуоденального сока с недельными перерывами между исследованиями.
Клонорхоз	-»-	-»-
Фасциолёзы	-»-	-»-
Шистосомозы	6 мес.	Через 5-6 месяцев после лечения трехкратное исследование кала и мочи с 10 дневным перерывом.

ПРОФИЛАКТИКА

Общие меры, направленные на борьбу с гельминтозами, должны включать:

- проведение санитарно-просветительской работы среди населения;
- проведение медико-санитарных мероприятий (массовое обследование населения, выявление инвазированных, их дегельминтизация);
- проведение санитарно-гигиенических мероприятий (организация централизованного водоснабжения; запрещение употреблять для питья, купания и хозяйственно-бытовых нужд воду из источников, которые могли подвергаться заражению; контроль за убоем скота, ветеринарная экспертиза на мясокомбинатах, рынках; соблюдение технологии приготовления рыбных и мясных продуктов; соблюдение санитарно-гигиенического режима в местах проживания - строго следить за чистотой тела, жилищных и служебных помещений; предупреждение загрязнения внешней среды человеческими фекалиями);
- диспансеризацию дегельминтизированных.