

Цестодозы (часть 2)

В.Д. Трифонов, А.С. Эйберман

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского МЗ РФ

e-mail: Tvd42@mail.ru

Информация об авторах

1. Трифонов Виктор Дорджиевич, д.м.н., профессор кафедры госпитальной педиатрии и неонатологии, Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, Tvd42@mail.ru

<https://orcid.org/0000-0002-1896-3724>

2. Эйберман Александр Семенович, д.м.н., профессор кафедры госпитальной педиатрии и неонатологии, Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, aberman@bk.ru, <https://orcid.org/0000-0002-5663-9220>

Резюме

В статье представлены сведения об этиологии, патогенезе, клинике, методах обследования и диагностики, лечению и прогнозе цестодозов (ленточных гельминтов). Приведены рекомендации по профилактике и мероприятиях в очаге заболеваний.

Ключевые слова: цестодозы, возбудители, эпидемиология, обследование, профилактика.

Для цитирования: Трифонов В.Д., Эйберман А.С. Цестодозы (часть 2). Медицинская сестра, 2020; 7 (22): с. 19–22.

DOI: <https://doi.org/10.29296/25879979-2020-07-04>

Cestodose (Part 2)

V.D. Trifonov, A.S. Eiberman

V.I. Razumovsky Saratov State Medical University, Russian Health Ministry

Information about the authors

1. Victor D. Trifonov, MD., Professor of Hospital Pediatrics and Neonatology Department, V.I. Razumovsky Saratov State Medical University, e-mail: Tvd42@mail.ru,

<https://orcid.org/0000-0002-1896-3724>

2. Alexander S. Eiberman, MD., Professor of Hospital Pediatrics and Neonatology Department, V.I. Razumovsky Saratov State Medical University, aberman@bk.ru

<https://orcid.org/0000-0002-5663-9220>

Abstract

The article contains the information about etiology, pathogenesis, clinic, methods of examination and diagnosis, treatment and prognosis of cestodosis (tape helminths) are presented. Recommendations for prevention and activities in the center of diseases are given.

Key words: cestodose, pathogens, epidemiology, examination, prevention.

For citation: Trifonov V.D., Eiberman A.S. Cestodose (Part 2) The Nurse, 2020; 7 (22): 19–22.

<https://doi.org/10.29296/25879979-2020-07-04>

Дифиллоботриоз

Дифиллоботриоз – гельминтоз, протекающий с признаками преимущественного поражения желудочно-кишечного тракта и часто сопровождающийся развитием *мегалобластной анемии*.

Этиопатогенез. Возбудители дифиллоботриоза относятся к отряду *Pseudophyllidea* и насчитывают 12 видов лентецов, из которых лентец широкий (*Diphyllobothrium latum*) является наиболее распространенным и изученным. Длина стробилы, состоящей из большого числа члеников (до 4000), достигает 2–9 м. Сколекс длиной 3–5 мм имеет продолговато-овальную форму, сплюснен с боков, на боковых поверхностях – две щели (ботрии), посредством которых паразит прикрепляется к слизистой оболочке кишечника. Яйца лентеца широко-овальные, крупные (70 • 45 мкм), с двухконтурной оболочкой, имеют на одном полюсе крышечку, на другом – бугорок. Паразитируя в органах окончательного хозяина, лентецы выделяют незрелые яйца, развитие которых происходит в пресноводных водоемах. Формирующийся в яйце зародыш (корацидий) выходит в воду спустя 6–16 дней. При температуре ниже +15°C корацидии из яиц не выходят, оставаясь жизнеспособными до 6 мес. После заглатывания пресноводными рачками корацидии через 2–3 нед превращаются в процеркоиды. В организме рыб, заглатывающих рачков, процеркоиды проникают во внутренние органы и мышцы, где через 3–4 нед развиваются в плероцеркоиды длиной до 4 см и имеющие сформировавшийся сколекс. В половозрелых лентецов плероцеркоиды превращаются в организме окончательного хозяина.

Распространение дифиллоботриоза связано с крупными пресноводными водоемами. Очаги его преобладают в Северной Европе, Восточном Средиземноморье, в районе Великих озер США,

в Канаде и на Аляске. В России заболевание регистрируется преимущественно в пойме р. Волги, Карелии, Красноярском крае, на Кольском полуострове. Заражение человека происходит при употреблении свежей, недостаточно просоленной икры и сырой рыбы. Окончательными хозяевами лентеца широкого являются человек, собаки, кошки, медведи, лисицы, свиньи. Промежуточные хозяева – пресноводные рачки (циклопы, диаптомусы), дополнительные – пресноводные рыбы. Продолжительность жизни лентеца широкого в организме человека может достигать 25 лет, в организме собаки 1,5–2 года, кошки – 3–4 нед.

В развитии клинических проявлений заболевания играют роль механическое воздействие гельминтов на стенку кишечника в месте прикрепления гельминта с развитием атрофии и некрозов; раздражение интерорецепторов с формированием висцеро-висцеральных рефлекторных реакций и нервно-трофических расстройств; аллергические реакции вследствие сенсибилизации организма хозяина продуктами обмена лентеца; эндогенный гиповитаминоз цианкобаламина и фолиевой кислоты, возникающий в результате нарушения абсорбции и синтеза макроорганизмом и конкуренцией за них со стороны гельминта.

Обследование. Инкубационный период составляет от 20 до 60 дней. Дифиллоботриоз может иметь как клинически манифестное, так и латентное течение. Заболевание начинается постепенно. Возникает тошнота, рвота, боли в эпигастрии или по всему животу, снижается аппетит, стул становится неустойчивым, появляется субфебрилитет. В случаях длительного течения гельминтоза у некоторых больных может наступить обтурационная кишечная непроходимость из-за скопления большого количества гельминтов в тонком кишечнике. Параллельно появляются и нарастают признаки астено-невротического синдрома (слабость, утомляемость, головокружение) и В-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»). Отмечается тахикардия, расширение границ сердца, мягкий систолический шум на верхушке, шум волчка, гипотензия. Количество эритроцитов и гемоглобина резко снижается, цветовой показатель остается высоким, отмечается нарастание непрямого билирубина сыворотки крови, относительный лимфоцитоз и нейтропения, ускорение СОЭ. При свежей инвазии может выявляться эозинофилия. В мазке крови в небольшом количестве

обнаруживаются мегалобласты, гиперхромные макроциты, полихроматофильные эритроциты и эритроциты с базофильной зернистостью. У некоторых больных число эритроцитов и количество гемоглобина остаются в пределах нормы. Выраженность анемии зависит от характера питания и условий жизни. При тяжелом течении заболевания развивается фуникулярный миелоз – нерезкие парестезии, нарушения поверхностной и глубокой чувствительности.

Диагноз. В диагностике информативен эпидемиологический анамнез (пребывание в эндемичной области, употребление сырой рыбы, недосоленной икры). Часто больные сообщают о выделении с калом частей гельминтов. Для дифиллоботриоза характерно выделение обрывков стробилы, что отличает его от инвазии цепнями (бычьим и свиным). Дифференциальный диагноз между дифиллоботриозом и анемией Аддисона – Бирнера возможен на основании определения в содержимом желудка фактора Касла, который при пернициозной анемии отсутствует. Окончательный диагноз устанавливают при обнаружении в кале яиц гельминта.

Лечение. Препаратом выбора является празиквантел (билтрицид, отечественный аналог – азинокс), вызывающий угнетение метаболизма гельминта путем нарушения проницаемости его биологических мембран. Применяют препарат в течение одного дня в суточной дозе 60 – 75 мг/кг массы тела в 3 приема с интервалом 4 – 6 часов во время еды (таблетки не разжевывают). Подготовки и назначения слабительных не требуется. Противопоказание – беременность.

В 90% случаев эффективен никлозамид (йомесан). Таблетку тщательно измельчают. Дозы: детям 11–34 кг 1 г однократно, при весе 35–50 кг – 1,5 г однократно, при весе более 50 кг – 2 г однократно, при необходимости повторяют через 7 суток. Под воздействием препарата происходит разрушение паразита, поэтому не имеет смысла искать его сколекс (головку). При появлении члеников в кале проводят повторное лечение.

Препараты мужского папоротника, фенасал сейчас утратили свое значение ввиду высокой частоты побочного действия и сложности в подготовке больных к проведению лечения. При наличии выраженной анемии до назначения антигельминтных препаратов проводят её лечение (цианкобаламин по 500 мкг внутримышечно через день, фолиевая кислота).

Прогноз при отсутствии осложнений благоприятный.

Профилактика и мероприятия в очаге. Следует употреблять в пищу рыбу только после тщательного прожаривания, проваривания и дли-

тельного посола. Плериоцеркоиды погибают после просаливания рыбы в крепком солевом растворе – тузлуке через 2–7 дней, в икре при 3% посоле – через 2 дня, при 10% – через 30 мин. Большое значение имеет санитарная охрана водоемов от фекального загрязнения, своевременная дегельминтизация больных.

Гименолепидоз

Гименолепидоз – антропонозный гельминтоз, протекающий с признаками преимущественного поражения желудочно-кишечного тракта.

Этиопатогенез. Цепень карликовый – небольшая цестода длиной 15–30 мм, шириной 0,55–0,70 мм с очень маленькой головкой, снабженной четырьмя присосками и коротким хоботком с венчиком из 20–24 мелких крючьев. Тело цепня состоит из тонкой шейки и большого числа (до 200) члеников. Гермафродит.

Гименолепидоз имеет повсеместное распространение. Источником инвазии является человек. Патогенез заболевания во многом определяется циклом развития паразита. Цикл развития карликового цепня характеризуется последовательным развитием личиночной и взрослой стадий в организме человека. Таким образом, человек для этого гельминта является и промежуточным и основным хозяином. Цепень живет в тонком кишечнике человека. Яйца, выделившиеся из членика, содержат сформированный зародыш, являются инвазионными и не нуждаются в дозревании во внешней среде. Из яйца, попавшего в рот, а затем в кишечник человека, освобождается онкосфера, которая активно внедряется в ворсинку тонкого кишечника. Спустя 5–7 дней из онкосферы развивается личинка – цистицеркоид, которая разрушает ворсинку, выходит в просвет тонкой кишки и прикрепляется к ее слизистой оболочке и через 14–15 дней вырастает до взрослого цепня.

Обследование. Гименолепидоз иногда протекает бессимптомно, чаще больных беспокоит тошнота, рвота, изжога, изменение аппетита, а также тупые боли в животе. Боли бывают в виде ежедневных приступов или с перерывами в несколько дней. Характерным для заболевания является неустойчивый жидкий и учащенный стул с примесью слизи. В результате длительного поноса и потери аппетита наблюдается похудание. У детей гименолепидоз протекает в более выраженной и тяжелой форме. Поносы, истощение, нервные подергивания и даже эпилептиформные припадки у детей могут быть следствием заболевания. Выраженных и характерных

изменений крови при гименолепидозе обычно не отмечается. Иногда наблюдается умеренное снижение гемоглобина и небольшое увеличение эозинофилов.

Диагноз. Диагноз ставят на основании обнаружения яиц в испражнениях. Яйца цепня карликового выделяются циклически, поэтому при отрицательных результатах нужно повторять анализы, а также сочетать исследование нативного мазка с методами флотации.

Лечение. Особенности биологии паразита, возможности самозаражения и внутрикишечной реинвазии требуют настойчивого и систематического лечения, применения не только противопаразитарных препаратов, но и симптоматической терапии в совокупности с комплексом профилактических мероприятий. Применяют билтрицид – 10–25 мг/кг массы тела внутрь однократно. Препарат не рекомендуется детям первых двух лет жизни, противопоказан при беременности.

В 90% случаев эффективен никлозамид (йомесан, фенасал). Таблетку тщательно измельчают, дозы: детям 11–34 кг – 1 г однократно, при весе 35–50 кг – 1,5 г однократно, при весе более 50 кг – 2 г однократно, при необходимости повторяют через 7 суток.

После лечения больной остается под наблюдением не менее 6 мес. Первое контрольное исследование проводят через 2 нед. по окончании основного курса лечения, а затем через 1–1,5 мес. Излеченными следует считать лиц, у которых при 4–6 контрольных исследованиях фекалий яйца гельминта не обнаруживают. При упорном течении гименолепидоза больных наблюдают до года, контрольные анализы делают до 8–10 раз (первые полгода анализы проводят ежемесячно). Различают ближайшие рецидивы, выявляемые вскоре после лечения, и отдаленные – через 2–4 и более месяцев. Отдаленные рецидивы необходимо дифференцировать от реинвазии. При комплексном лечении выздоровление наступает в 70% случаев. Иногда заболевание, не поддающееся лечению в течение многих лет, протекает без существенных нарушений трудоспособности.

Прогноз при гименолепидозе благоприятный (в случае назначения этио-тропной терапии).

Профилактика. Санитарное просвещение, выработка гигиенических навыков у детей и др. Раннее выявление больных гименолепидозом в очагах и их своевременное лечение. Тщательное проведение санитарно-гигиенических мероприятий, борьба с мухами, грызунами значительно снижают уровень заболеваемости гименолепидозом. Необходимо строго следить за чистотой тела, жилища, служебных помещений, особенно детских учреждений.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
Статья не имеет спонсорской поддержки.

The authors declare no conflict of interest.
The article is not sponsored.

Литература

1. Аскерко А. Ч. Основы паразитологии. - Мн.: БГМУ, 2008. -140 с.
2. Бекиш О.-Я.Л., Бекиш Вл.Я., Бекиш Л.Э. Современные аспекты терапии гельминтозов человека // Эпидемиология, диагностика, лечение и профилактика паразитарных заболеваний человека. Тр. III Междунар. научн.-практ. конф. – Витебск, 2012. – С. 30-37.
3. Зрячкин Н.И. Гельминтозы. – Учебно-методическое пособие. - Саратов: Изд-во СГМУ. - 2006. - 21 с.
4. Лобзин Ю.В. Руководство по инфекционным болезням. - Часть 1. – СПб., 2010.

5. Паразитарные болезни человека (протозоозы и гельминтозы): руководство для врачей» / Под ред. В.П. Сергиева, Ю.В. Лобзина, С.С. Козлова. – СПб.: Фолиант – 2006.

6. Трифонов В.Д., Эйберман А.С. Цестодозы (часть 1). Медицинская сестра, 2020; 6 (22): 24-29. <https://doi.org/10.29296/25879979-2020-06-05>

7. Цуканов В., Горчилова Е., Васютин А., Тонких Ю., Ржавичева О. Современные принципы ведения больных с описторхозом. Врач, 2019; 12 (30): 25–28. <https://doi.org/10.29296/25877305-2019-12-07>

8. Ватутин Н., Тарадин Г., Тов И., Гасендич Е., Нагорная Г., Фадеева Ю., Канана Н. Случай дирофиляриоза, симулировавшего пяточную шпору. Врач, 2019; 10 (30): 73–76, <https://doi.org/10.29296/25877305-2019-10-15>

ГОД МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ



Врач-педиатр ДГКБ им. св. Владимира Юлия Каленичина, автор статьи о Елене Николаевне Старовой в №6 журнала «Медицинская сестра» за 2020 год

2020 год, который был объявлен ВОЗ Годом медицинской сестры, подходит к своему завершению. Но, мы надеемся, с окончанием календарного отрезка не завершится наша рубрика и мы продолжим рассказывать о лучших представителях профессии. Тем более, что, как мы увидели, в сестринской службе России действительно много ярких, достойных людей, которые живут своей профессией. Героями на страницах журнала у нас были медсестры из Екатеринбурга, Иркутская, Улан-Удэ. Многие из них — профи не только в сестринском деле, но и в медийной сфере.

Один из ярких примеров — медицинская сестра МК ДГКБ св. Владимира Оксана Михайлова. Она не только читатель нашего журнала, но и активный автор. В частности, её перу принадлежат статьи о медсестрах больницы им. св. Владимира в двух номерах журнала «Медицинская сестра» за 2020 год. В №4 это статья на с. 22, посвященная медсестрам Центра гравитационной хирургии крови и гемо-

диализа Детской городской клинической больницы св. Владимира. В №5 на с. 52 опубликована статья **Оксаны Михайловой** про медсестер отделения хирургии новорождённых и недоношенных детей ДГКБ им. св. Владимира. А в шестом номере — работа, врача-педиатра ДГКБ им. св. Владимира **Юлии Каленичиной** о Елене Николаевне Старовой — тоже с подачи и при активном участии **Оксаны Михайловой**.

В следующих номерах журнала мы продолжим рассказывать о лучших представителях сестринской службы. Их можно прочитать не только в печатной версии журнала, но и на сайте: <https://medsestrajournal.ru/ru/god-medsestry>

И в нашей группе в Facebook: <https://www.facebook.com/groups/942621629467861>

Ваши рассказы о представителях сестринской службы присылайте по адресу: medsestra@rusvrach.ru