

УДК 6147-098-225

**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГИМЕНОЛЕПИДОЗА
СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА БАКУ****Рустамова Х.Д.***Клиника «Nargiz-Med», Баку, e-mail: khalafli@mail.ru*

Приведенные данные показали, что удельный вес гименолепидоза в разных возрастных группах детей примерно одинаковый и варьирует от $19,0 \pm 3,9$ до $31,4 \pm 7,8\%$. При этом настораживает довольно высокий показатель среди детей в возрасте менее 4 лет ($19,0 \pm 3,9\%$). Показатели манифестной клинической формы гименолепидоза также не имели выраженной возрастной приуроченности и варьировали от $21,5 \pm 5,1$ до $30,8 \pm 5,7\%$, при субклинической форме гименолепидоза варьировали от $12,3 \pm 5,5$ до $31,4 \pm 7,8$. Такие симптомы, как регулярные острые боли в животе в результате травматизации слизистой оболочки стенок кишечника крючьями внедренного паразита, субфебрильная температура тела (обычно отмечается повышение до $37,5^\circ$, реже до $38,0^\circ$), умеренно выраженная норма- и гипохромная анемия (отмечается снижение уровня гемоглобина в крови до 100 г/л и меньше), умеренное увеличение печени и пр., наблюдались с высокой частотой у многих детей – от $65,7 \pm 8,1$ до $83,1 \pm 4,7\%$. При манифестной форме отмечаются эпилептиформные судороги, частая диарея с примесью крови, дисбактериоз, которые были зафиксированы у большинства детей – от $67,7 \pm 8,1$ до $87,7 \pm 4,1\%$ случаев.

Ключевые слова: гименолепидоз, гельминтозы, дети**CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS
HYMENOLEPIASIS AMONG CHILDREN BAKU****Rustamova K.D.***Clinic «Nargiz-Med», Baku, e-mail: khalafli@mail.ru*

The data showed that the proportion of hymenolepiasis in different age groups of children about the same and vary from $19,0 \pm 3,9$ to $31,4 \pm 7,8\%$. In this rather alarming high rate among children aged less than 4 years ($19,0 \pm 3,9\%$). Indicators symptomatic clinical form hymenolepiasis also had severe confinement and age ranged from $21,5 \pm 5,1$ to $30,8 \pm 5,7\%$, with subclinical form hymenolepiasis ranged from $12,3 \pm 5,5$ to $31,4 \pm 7,8$. Symptoms such as regular acute abdominal pain due to trauma of the mucous membrane of the intestinal wall hooks embedded parasite, subfebrile body temperature (usually marked increase to $37,5^\circ$, at least until $38,0^\circ$), moderately expressed normal and hypochromic anemia (marked reduction hemoglobin in the blood to 100 g/l or less), moderate enlargement of the liver pr., observed with high frequency in many children – up to $65,7 \pm 8,1$; $83,1 \pm 4,7\%$.

Keywords: hymenolepiasis, helminthiasis, children

Гименолепидоз относится к наиболее широко распространенным гельминтозам человека, представляет собой одну из актуальных проблем для практического здравоохранения, в связи с несовершенством комплекса оздоровительных мероприятий. В настоящее время отсутствуют научно обоснованные мероприятия по его профилактике [1, 2, 3]. Особенности механизма передачи гименолепидоза (контагиозный гельминтоз) делают его трудно контролируемым заболеванием. Он даже в сравнительно благополучной гигиенической обстановке распространен весьма широко. Повсеместное снижение иммунного статуса среди детей, с одной стороны, и приобретение возбудителями резистентности к антигельминтикам, с другой стороны, способствует тому, что клиническая картина гименолепидоза претерпевает изменения [4, 5, 6, 7, 8]. Одни симптомы ослабевают или вовсе затухают, вместо них возникают другие симптомы. В результате этого современная и достоверная клиническая диа-

гностика гименолепидоза и особенно дифференциация его основных форм со стороны практических врачей осложняется. В связи с этим целью нашего исследования явилось изучение клинических форм гименолепидоза среди детского населения г. Баку.

Материалы и методы исследования

Работу проводили среди 65 детей с манифестной и 35 детей с субклиническими формами гименолепидоза в возрасте 4–15 лет, выявленных при паразитологическом обследовании в детских дошкольных учреждениях и школах Насиминского района г. Баку. В результате неоднократных наблюдений и обследований, подробных расспросов детей и их родителей фиксировали клинические симптомы разных форм гименолепидоза.

Диагностику гименолепидоза проводили методом копроовоскопии. Забор испражнений осуществляли 3-кратно с интервалом 2–3 недели из-за особенностей цикла развития возбудителя гименолепидоза – карликового цепня. Причем необходимо исследовать свежий материал (утренний забор кала). Статистический анализ данных осуществлялся с помощью программы электронных таблиц Microsoft Excel, которые были сформированы в соответствии с запросами проводимого исследования.

**Результаты исследования
и их обсуждение**

Принято для суждения о состоянии оказания квалифицированной медицинской помощи при паразитарных инвазиях судить по возрастному распределению заболеваний среди детей. Мы также воспользовались этим способом и выявленных детей с гименолепидозом распределили по возрастным группам (табл. 1).

врачей, они обращаются за медицинской помощью. Одновременно с этим статистические данные (амбулаторные карты) недостаточно информативны, так как по ним нельзя судить об истинной распространенности гименолепидоза среди детей. Анализ объективных клинических симптомов гименолепидоза, выявленных путем тщательного клинико-паразитологического обследования детей, приведен в табл. 2.

Таблица 1

Удельный вес разных форм гименолепидоза на основании проведенного анализа

Возрастные группы, лет	Гименолепидоз					
	Всего (n = 100)		Манифестная форма (n = 65)		Субклиническая форма (n = 35)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
< 4	19	19,0 ± 3,9	14	21,5 ± 5,1	5	12,3 ± 5,5
4–7	26	26,0 ± 4,4	18	27,7 ± 5,6	8	22,9 ± 7,1
8–11	24	24,0 ± 4,3	13	20,0 ± 4,9	11	31,4 ± 7,8
12–15	31	31,0 ± 4,6	20	30,8 ± 5,7	11	31,4 ± 7,8
Всего	100	100,0	65	65,0 ± 4,7	35	35,0 ± 4,7

Определенной закономерности в приведенных в таблице данных не прослеживается. Так, удельный вес гименолепидоза в разных возрастных группах примерно одинаковый и варьирует от 19,0 ± 3,9 до 31,4 ± 7,8% ($\chi^2 = 2,50$; $p > 0,05$). Однако настораживает довольно высокий показатель среди детей в возрасте менее 4 лет (19,0 ± 3,9%), что связано с контактными механизмом передачи.

Показатели манифестной клинической формы гименолепидоза также не имеют выраженной возрастной приуроченности и варьируют от 21,5 ± 5,1 до 30,8 ± 5,7% ($\chi^2 = 3,36$; $p > 0,05$). Хотя данная форма, по мере увеличения возраста детей должна повышаться в связи с накоплением возбудителей, кроме того, при данной форме слишком высок показатель среди детей в возрасте до 4 лет (21,5 ± 5,1%). Сказанное в полной мере относится к субклинической форме гименолепидоза, варьирующей от 12,3 ± 5,5 до 31,4 ± 7,8 ($\chi^2 = 0,36$; $p > 0,05$). Отсюда очевиден факт имеющихся изъянов в диагностировании гименолепидоза, особенно в дифференциации их клинических форм. На основании этого состояние оказания гельминтологической помощи детям в целом можно оценить как удовлетворительное. Однако более низкая обращаемость населения в медицинские учреждения и предпочтение лечения в домашних условиях должно серьезно насторожить и поэтому необходимо выявить причины этой ситуации. Еще более неприглядным является то, что участились случаи самостоятельного лечения родителями детей с гельминтозами. И только после неоднократных безуспешных попыток, со слов поликлинических

Объективная клиническая симптоматика, как и субъективная, также весьма информативна в диагностировании гименолепидоза. Такие симптомы, как регулярные острые боли в животе в результате травматизации слизистой оболочки стенок кишечника крючьями внедренного паразита, субфебрильная температура тела (обычно отмечается повышение до 37,5° С, реже до 38,0° С), умеренно выраженная норма- и гипохромная анемия (отмечается снижение уровня гемоглобина в крови до 100 г/л и меньше), умеренное увеличение печени и пр., наблюдались с высокой частотой у многих детей – от 65,7 ± 8,1 до 83,1 ± 4,7% ($\chi^2 = 3,87$; $p < 0,05$). Кроме того, эта симптоматика доступна для врачей паразитологической службы и при внимательном обследовании детей диагностирование гельминтозов не сопряжено с большими сложностями и не должно приводить к ошибочным результатам. Кроме того, в табл. 2 приведены показатели симптомов, которые, наряду с диагностированием гименолепидоза, позволяют также дифференцировать его клинические формы.

При манифестной форме к таким симптомам относятся эпилептиформные судороги, частая диарея с примесью крови, дисбактериоз, которые были зафиксированы у большинства детей – от 67,7 ± 8 до 87,7 ± 4,1% случаев ($\chi^2 = 7,50$; $p < 0,01$). Встречаемость этих симптомов при субклинической форме намного меньше ($\chi^2 = 7,16$; $p < 0,01$), и поэтому значимость их в диагностическом отношении невелика – от 8,6 ± 4,8 до 40,0 ± 8,4% ($\chi^2 = 9,40$; $p < 0,01$).

Таблица 2

Анализ объективной клинической симптоматики среди детей с разными формами гименолепидоза

Симптом	Клинические формы				Достоверность различия	
	Манифестная форма (n = 65)		Субклиническая форма (n = 35)		χ^2	p
	абс.	%	абс.	%		
Субфебрильная температура тела	53	81,5 ± 4,9	26	74,3 ± 7,5	0,53	> 0,05
Диспептические проявления:						
– тошнота, рвота	10	15,4 ± 4,5	3	8,6 ± 4,8	0,93	> 0,05
– диарея с примесью крови	44	67,7 ± 5,8	10	28,6 ± 7,7	14,02	< 0,01
– потеря аппетита, жажда	21	32,3 ± 5,8	22	62,9 ± 8,3	8,66	< 0,01
Астеноневротический синдром:						
– астения, раздражительность	31	47,7 ± 6,2	6	17,1 ± 6,5	9,11	< 0,01
– головная боль	27	41,5 ± 6,2	10	28,6 ± 7,7	1,64	> 0,05
– головокружение	7	10,8 ± 3,9	19	54,3 ± 8,5	22,39	< 0,01
Аллергические проявления:						
– уртикарная сыпь	23	35,4 ± 6,0	12	5,7 ± 4,0	10,68	< 0,01
– вазомоторный ринит	36	55,4 ± 6,2	21	34,3 ± 8,1	4,06	< 0,05
– кожный зуд	6	9,2 ± 3,6	2	60,0 ± 8,4	29,75	< 0,01
Дисбактериоз	53	81,5 ± 4,9	3	8,6 ± 4,8	49,16	< 0,01
Неустойчивый стул	12	18,5 ± 4,9	32	91,4 ± 4,8	49,16	< 0,01
Травматизация кишечника	54	83,1 ± 4,7	29	82,9 ± 6,5	0,01	> 0,05
Умеренно выраженная анемия	52	80,0 ± 5,0	27	77,1 ± 7,2	0,36	> 0,05
Эпилептиформные судороги	57	87,7 ± 4,1	14	40,0 ± 8,4	25,13	< 0,01
Снижение веса	21	32,3 ± 5,8	29	82,9 ± 6,5	23,25	< 0,01
Спазмы в животе	3	4,6 ± 2,6	33	94,3 ± 4,0	79,40	< 0,01
Умеренное увеличение печени	47	72,3 ± 5,6	23	65,7 ± 8,1	0,74	> 0,05

Достоверно часты при манифестной форме и следующие симптомы – астеноневротический синдром: общая астения, головная боль, головокружение – от 41,5 ± 6,2 до 55,4 ± 6,2% ($\chi^2 = 2,49$; $p > 0,05$). Он заметно меньше при субклинической форме ($\chi^2 = 0,86$; $p > 0,05$) – от 17,1 ± 6,5 до 34,3 ± 8,1% ($\chi^2 = 1,14$; $p > 0,05$).

Специфичные, диагностически значимые симптомы характерны и для субклинической формы гименолепидоза. Так, среди детей очень часты симптомы – наличие снижения веса, кожный зуд, потеря аппетита, неустойчивый стул – от 60,0 ± 8,4 до 91,4 ± 4,8% ($\chi^2 = 9,40$; $p < 0,01$). Частота этих симптомов при манифестной форме была меньшей, и поэтому они в диагностическом отношении мало пригодны ($\chi^2 = 7,16$; $p < 0,01$) – от 9,2 ± 3,6 до 32,3 ± 5,8% ($\chi^2 = 10,52$; $p < 0,01$). На остальных симптомах субклинической формы, менее встречаемых, мы уже останавливались. Особенно следует остановиться на наиболее часто встречаемом объективном симптоме этой формы – спазмы в животе, представляющие собой острые

приступы с перерывами в несколько дней или постоянная тупая ноющая боль, которая встречается у 94,3 ± 4,0% детей.

Заключение

Выявленная симптоматика гименолепидоза является ярким свидетельством того, насколько эта инвазия носит системный характер, оказывает патогенное воздействие на органы и системы организма. Нетрудно догадаться (и последние данные литературы свидетельствуют об этом), что столь высокая заболеваемость гименолепидозом и его выраженное патогенное воздействие на организм возможно при ослабленной иммунной системе детей, слабости неспецифических защитных функций их организма.

Общеизвестно важное значение своевременного и достоверного диагностирования гельминтозов, в том числе и гименолепидоза, так как чем раньше проводится его квалифицированное лечение, тем выше достигаемый лечебный эффект. Еще важнее своевременная дифференциация клинических форм этой инвазии. Дело в том, что если запущенные стадии субклинической

формы инвазии вполне можно излечить при правильном специфичном подборе специфичных антигельминтных средств, то запущенные формы ее манифестной формы трудно поддаются лечению, создают серьезную угрозу для здоровья детей. В связи с этим, практические врачи-паразитологи должны быть вооружены доступными и объективными кадастровыми показателями, позволяющими при обследовании детей, как в амбулаторных, так и домашних условиях, диагностировать у них не только сам вид гельминтоза, но и его клинические формы и незамедлительно приступать к лечению инвазии, а при ее тяжелых случаях направлять детей в специализированные детские лечебные учреждения. Следует добавить к сказанному, что работа паразитологов поликлинического уровня должна носить активный превентивный характер, т.е. по мере обращаемости больных детей за медицинской помощью или вызова врачей на дом. Наш опыт показывает, что при периодическом посещении территориально приуроченных детских учреждений можно выявить значительное число детей с гельминтозами, которые по разным причинам на текущий момент не обращаются за медицинской помощью. Эффективностью такой постановки работы обуславливается тем, что большинство детей до 7 лет посещают дошкольные детские учреждения и практически все дети в возрасте 7–15 лет – школы. Кроме того, при посещениях территориальных детских учреждений можно охватить соответствующей санитарно-просветительной работой и родителей детей, которые охотно идут на контакт и в последующем сами приводят на паразитологическое обследование даже здоровых детей.

Список литературы

1. Азимова Н.М. Клинико-иммунологические показатели гименолепидоза и лямблиоза у детей с интоксикацией ЦНС // Сборник тезисов 4-го съезда неврологов Узбекистана. – Ташкент, 2008. – С. 167.
2. Поляков В.Е., Лысенко А.Я., Константинова Т.Н., Авдюхина Т.И. Гименолепидозы у детей и подростков // Медицинская помощь. – 2005. – № 5. – С. 43–48.
3. Садыкова Г.К., Ахмедова Х.Ю. Клинико-неврологическая и иммунологическая характеристика больных с су-

дорожным синдромом при гименолепидозе и лямблиозе // Врач аспирант. – Воронеж, 2010. – № 1(38). – С. 4–8.

4. Abdel Hamid M.M., Eljack I.A., Osman M.K., Elaagip A.H., Muneer M.S. The prevalence of Hymenolepis nana among preschool children of displacement communities in Khartoum state, Sudan: A cross-sectional study // Travel Med Infect Dis. – 2015 Mar-Apr. – № 13(2). – P. 172–177.

5. Kilincel O., Ozturk C.E., Gun E., Uzun H. A rare case of Hymenolepis diminuta infection in a small child // Mikrobiyol Bul. – 2015 Jan. – № 49(1). – P. 135–8.

6. Kim B.J., Song K.S., Kong H.H., Cha H.J. Heavy Hymenolepis nana infection possibly through organic foods: report of a case // Korean J Parasitol. – 2014 Feb. – № 52(1). – P. 85–7.

7. Kumar H., Jain K., Jain R. A study of prevalence of intestinal worm infestation and efficacy of anthelmintic drugs // Med J Armed Forces India. – 2014 Apr. – № 70(2). – P. 144–8.

8. Lin R.J., Chen C.Y., Lu C.M., Ma Y.H. Anthelmintic constituents from ginger (*Zingiber officinale*) against Hymenolepis nana // Acta Trop. – 2014 Dec. – № 140. – P. 50–60.

References

1. Azimova N.M. Kliniko-immunologicheskie pokazateli gimenolepidoza i ljambliozu u detej s intoksikaciej CNS // Sbornik tezisev 4-go sezda nevrologov Uzbekistana. Tashkent, 2008. pp. 167.

2. Poljakov V. E., Lysenko A. Ja., Konstantinova T.N., Avdjuhina T. I. Gimenolepidozy u detej i podrostkov // Medicinskaja pomoshh. 2005. no. 5. pp. 43–48

3. Sadykova G.K., Ahmedova H.Ju. Kliniko-nevrologicheskaja i immunologicheskaja harakteristika bolnyh s sudorozhnyim sindromom pri gimenolepidoze i ljamblioze // Vrach aspirant. Voronezh, 2010. no. 1.(38). pp. 4–8.

4. Abdel Hamid M.M., Eljack I.A., Osman M.K., Elaagip A.H., Muneer M.S. The prevalence of Hymenolepis nana among preschool children of displacement communities in Khartoum state, Sudan: A cross-sectional study // Travel Med Infect Dis., 2015 Mar-Apr; 13(2): 172–177

5. Kilincel O., Ozturk C.E., Gun E., Uzun H. A rare case of Hymenolepis diminuta infection in a small child // Mikrobiyol Bul. 2015 Jan; 49(1): 135–8.

6. Kim B.J., Song K.S., Kong H.H., Cha H.J. Heavy Hymenolepis nana infection possibly through organic foods: report of a case // Korean J Parasitol. 2014 Feb; 52(1): 85–7.

7. Kumar H., Jain K., Jain R. A study of prevalence of intestinal worm infestation and efficacy of anthelmintic drugs // Med J Armed Forces India. 2014 Apr; 70(2): 144–8.

8. Lin R.J., Chen C.Y., Lu C.M., Ma Y.H. Anthelmintic constituents from ginger (*Zingiber officinale*) against Hymenolepis nana // Acta Trop. 2014 Dec; 140: 50–60.

Рецензенты:

Агаев И.А. оглы, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой эпидемиологии, Азербайджанский медицинский университет, г. Баку;

Векилов В.Н. оглы, д.м.н., профессор кафедры эпидемиологии, Азербайджанский медицинский университет, г. Баку.