

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ
«ЦЕНТР ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ И
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ
СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»
ОТДЕЛЕНИЕ ПЕДИАТРИИ

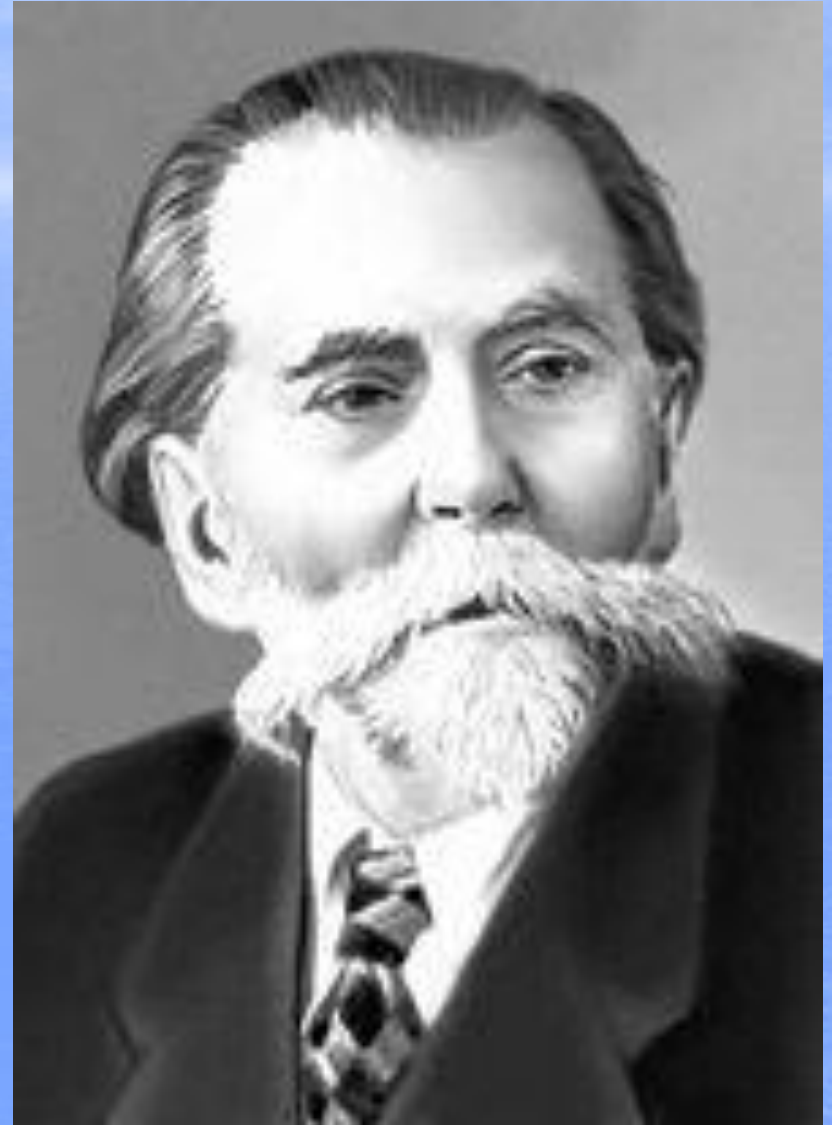


Преподаватель
к.м.н. Мазина Е.И.

2017 г.

Кишечные паразитозы у детей

*Паразитические черви являются
далеко не невиновными
соотрапезниками, а злостными
паразитами, влияющими весьма
патогенно на своих хозяев*
Академик К.И. Скребин



КИШЕЧНЫЕ ПАРАЗИТОЗЫ У ДЕТЕЙ

Прогнозируемые результаты теоретического занятия

По окончании изучения темы слушатель должен быть способен:

Дать характеристику наиболее распространённых паразитозов у детей.

Определять проблемы пациента с паразитарной патологией.

Планировать сестринскую помощь больному с паразитозом.

Планировать профилактические мероприятия в очаге инвазии.

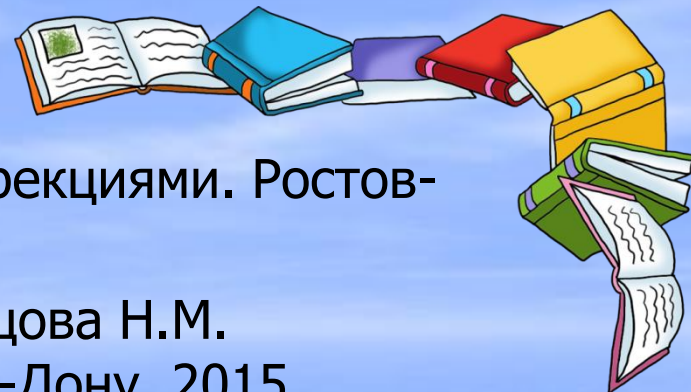
Планировать мероприятия по профилактике паразитозов среди целевого контингента, осуществлять разъяснительную и просветительскую работу в данной области здравоохранения.

Оценивать результативность и качество сестринской практики в области профилактики и лечения паразитозов.

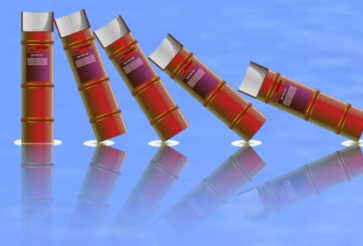
Документировать рабочий процесс в установленном порядке, целесообразно используя профессиональную терминологию.



Литература



- Соколова Н.Г. Педиатрия с детскими инфекциями. Ростов-на-Дону, 2016.
- Тульчинская В.Д., Соколова Н.Г., Шеховцова Н.М. Сестринское дело в педиатрии. Ростов-на-Дону, 2015.
- Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям больным аскаридозом. 2014.
- СП 3.2.3110-13 «Профилактика энтеробиоза»
- Рабочий протокол диагностики и лечения лямблиоза у детей. Общество детских гастроэнтерологов России. 2013.
- Основы организации профилактических и противо-эпидемических мероприятий при гельминтозах. БСМУ.2011
- Юлиш Е.И. Клиника, диагностика, лечение и профилактика гельминтозов у детей. Новости медицины и фармации. №№11-12 (371-372). 2011



Терминология

ПАРАЗИТ – это животный организм, который использует другой организм в качестве источника пищи и среды обитания.

ИНВАЗИЯ (от лат. Invasio — нападение), заражение организма животными паразитами.

ПАРАЗИТАРНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ (паразитоз) – развитие болезненных симптомов в результате жизнедеятельности гельминта или простейших животных (амёб, лямблий и др.) в организме человека.

ГЕЛЬМИНТЫ (в просторечии глисты, от греч. ἑλμινς — паразитный червь, глист) — общее название паразитических червей, обитающих в организме человека, других животных и растений.

Более 270 видов гельминтов являются паразитами человека и вызывают у него гельминтозы, 65 встречаются в России.

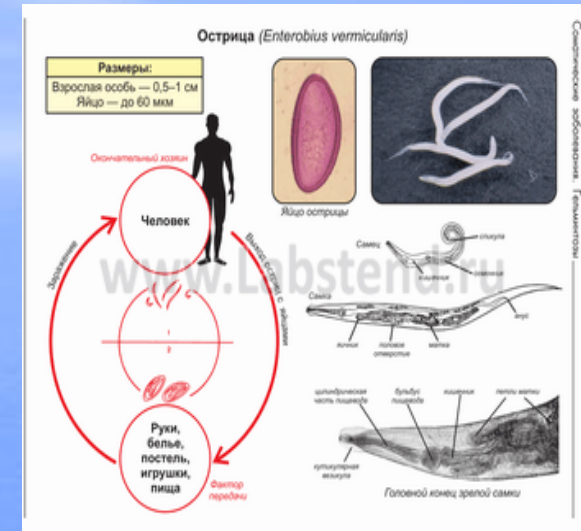
Заболевания у людей вызываются в основном гельминтами, относящимися к трем классам:

- Nematoda (круглые черви),
- Cestoda (ленточные черви),
- Trematoda (сосальщики).

Для каждого из этих классов паразитических червей характерны строго определенные биологические свойства и жизненные циклы.

Классификация паразитарных болезней, выявляемых среди населения Российской Федерации:

- Протозоозы (вызываемые простейшими животными) – малярия, лямблиоз, пневмоцистоз, токсоплазмоз, амебиаз (амебная дизентерия) и др.;
- Гельминтозы (вызываемые червями) – аскаридоз, трихоцефалез, энтеробиоз, гименолепидоз, дифиллоботриозы, описторхоз и др. (в т.ч. гельминтозы, завозимые из стран зарубежья: шистосоматозы, анкилостомидозы, трихостронгилидозы, филяриидозы, дракункулез);
- Акарозы (вызываемые клещами) – чесотка, демодекоз, клещевые дерматиты, клещевые аллергозы;
- Дерматозы, обусловленные насекомыми – педикулез.



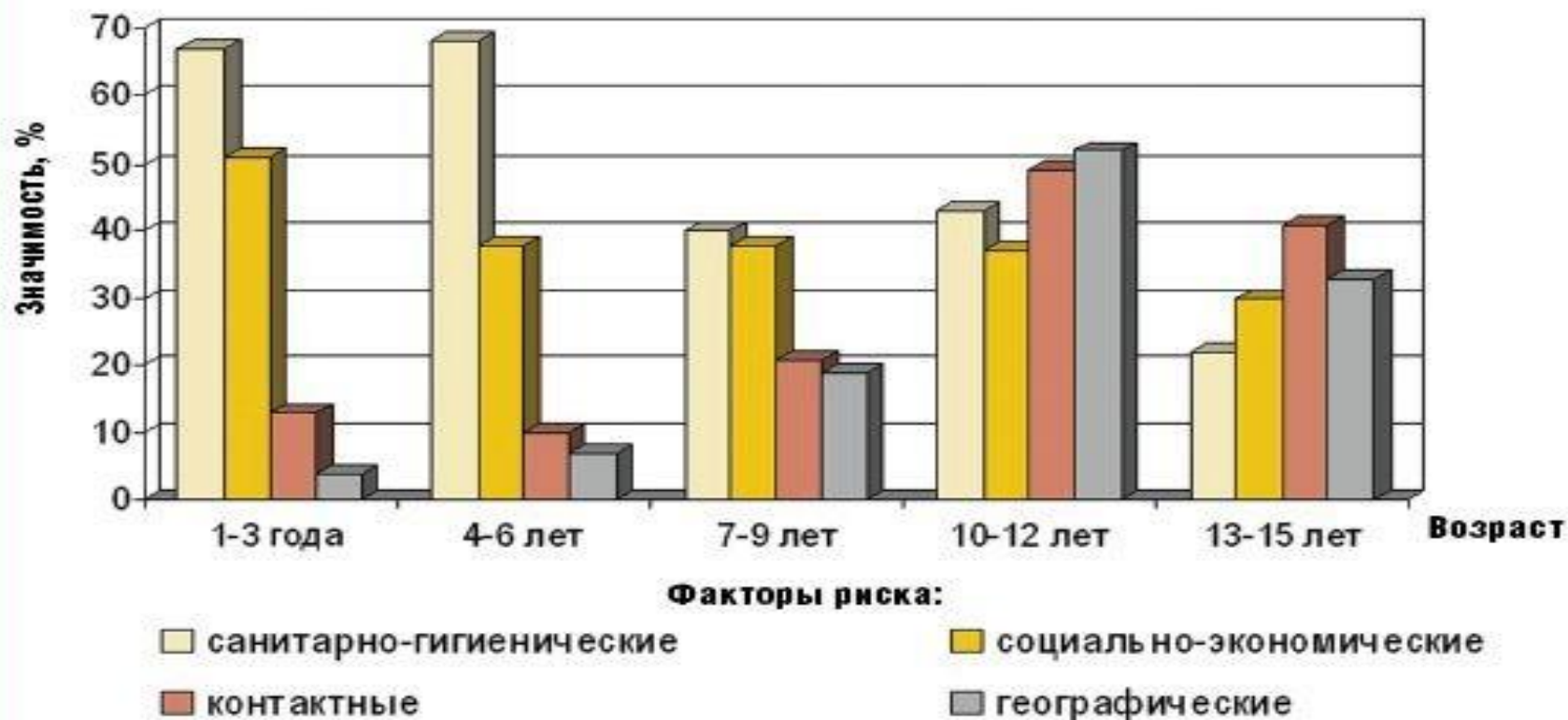
Эпидемиологическая классификация гельминтозов

Биогельминтозы – инвазии, возбудители которых **часть своего развития проходят в организме человека, а другую часть – в организме одного или нескольких промежуточных хозяев**, прежде, чем приобретают способность инвазировать другого человека. К биогельминтозам относятся: трихинеллез, дифиллоботриоз, описторхоз, эхинококкоз, шистосомозы и др.

Геогельминтозы – инвазии, возбудители которых проходят часть своего развития в организме человека, а другую часть – на каком-либо неживом субстрате, **чаще всего в почве**; т.е., полное развитие паразита происходит без участия промежуточных хозяев. К геогельминтозам относятся: аскаридоз, трихоцефалез, анкилостомидозы, стронгилоидоз и др.

Контагиозные (контактные) гельминтозы – инвазии, при которых из организма человека выделяются зрелые или почти зрелые стадии паразита, **способные заражать другого человека**. К контагиозным гельминтозам относятся гименолепидоз и энтеробиоз.

Факторы риска заболевания в зависимости от возраста



Примечание. Санитарно-гигиенические факторы риска — низкая санитарная культура семьи, отсутствие гигиенических навыков, употребление немытых фруктов и овощей; социально-экономические факторы — многодетность, скученность, пребывание в интернате, отсутствие канализации; контактные факторы — наличие в семье больных с аскаридозом в течение последних 2 лет, контакт с почвой при садово-огородных работах; географические факторы — выезд на лето в лагерь, на дачу, на море.

**Значение факторов риска паразитозов у детей разного возраста
(Г. В. Кадочникова, 2004 г.)**

Территории "риска" по паразитологическому загрязнению почвы

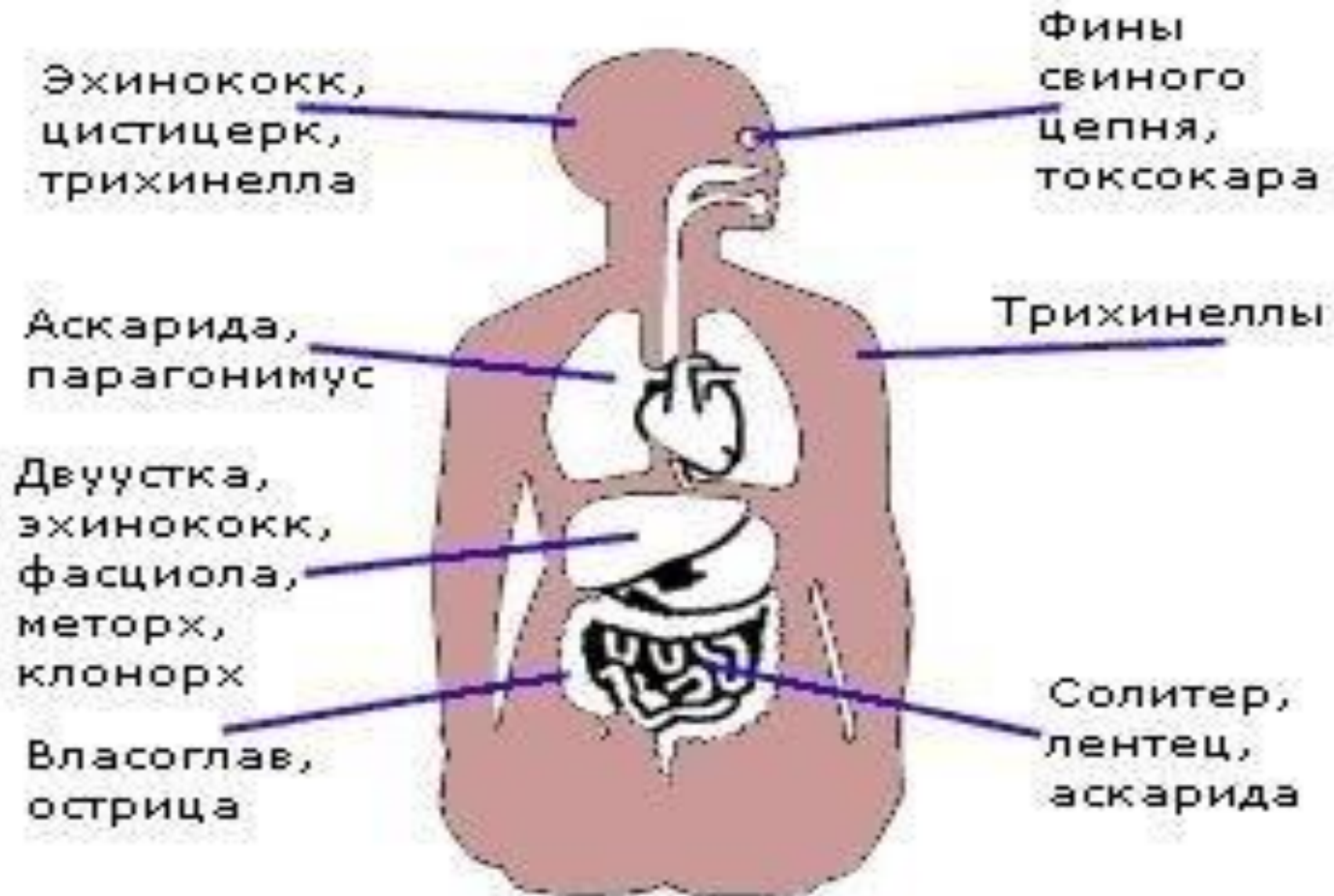


ВОЗ призвала все страны, регистрирующие геогельминтозы, снизить уровень поражённости населения на 80%.

Среднегодовые показатели заболеваемости некоторыми паразитами на 100 тыс. населения России

Заболевание	Среднегодовой показатель в 2010-12 гг.	2015 г.
Энтеробиоз	178,89	151,82
Лямблиоз	60,05	35,29
Аскаридоз	29,68	0,26-97,71 (по регионам)
Описторхоз	26,27	15,15
Дифиллоботриоз	9,23	
Токсокароз	2,68	1,72
Эхинококкоз	0,47	0,3
Токсоплазмоз	0,46	
Трихоцефалез	0,40	
Амебиаз	0,28	
Гименолепидоз	0,23	

Локализация гельминтов в организме



КЛИНИКА КИШЕЧНЫХ ПАРАЗИТОЗОВ

Наиболее часто встречающиеся симптомы гельминтозов
(Ю. А. Копанев, 2001)

Жалобы	% больных
Дисфункция желудочно-кишечного тракта, диспептические расстройства	75,3
Аллергические проблемы	71,3
Болевой абдоминальный синдром	40
Нарушения аппетита	44
Бруксизм (скрежетание зубами)	16,7
Нарушения ночного сна	54
Перианальная эскориация/зуд	36
Признаки ослабления иммунитета	19,3
Прочие симптомы	32,7

Лечение кишечных паразитозов

Общие принципы терапии больных кишечными паразитозами

1. Прием антипаразитарных препаратов с учетом вида возбудителя инвазии.
2. Применение слабительных для ускоренного выведения из желудочно-кишечного тракта токсинов и продуктов распада возбудителя.
3. Коррекция измененных в результате жизнедеятельности паразитов свойств пищеварительного тракта ребенка (функциональных нарушений органов пищеварения, ферментопатии, изменений микробиоценоза) курсами ферментных препаратов и синбиотиков.
4. Применение энтеросорбентов и комплекса поливитаминов с микроэлементами.

Лечение кишечных паразитозов

Спектр действия и эффективность основных антигельминтных препаратов

Инвазия	Мебендазол (вермокс)	Альбен- дазол	Левами- зол	Пиран- тел	Ивермектин
Аскаридоз	+++ /++++	+++	+++	+++ / ++++	+++
Энтеро- биоз	++++	++++	-	++++	+++
Трихоце- фалез	+++ /++++	+++	-	-	+++
Анкилосто- мидозы	+++ /++++	++++	+++	+++	+++
Стронгило- идоз	-	++	-	-	+++ /++++
Тениоз	-	++++	-	-	-

Дозы антипаразитарных препаратов

Препараты, применяемые в лечении энтеробиоза:

Вермокс (мебендазол) (для детей с 2 лет) — 100 мг однократно;

Пирантел — 10 мг/кг однократно;

Немозол (альбендазол) (для детей с 2 лет) — 400 мг однократно.

Препараты, применяемые в лечении аскаридоза:

Вермокс (мебендазол) (для детей с 2 лет) — по 100 мг 2 раза в сутки в течение 3 дней;

Пирантел — 10 мг/кг однократно;

Немозол (альбендазол) (для детей с 2 лет) — 400 мг однократно.

Препараты, применяемые в лечении лямблиоза:

Орнидазол 25–30 мг/кг (если масса тела больше 35 кг — 1000 мг) в два приема в течение 5 дней, 1 день — 1/2 дозы, повторный курс через 7 дн;

Макмирор (нифурател) — по 15 мг/кг 2 раза в сутки в течение 7 дн;

Немозол (альбендазол) — по 15 мг/кг однократно в течение 5–7 дн.

Биопрепараты в лечении паразитозов у детей

Препарат (состав)	Форма выпуска	Дозировка
Нормофлорины (лакто- и бифидобактерии, метаболиты облигатной флоры, витамины, микроэлементы)	Жидкий концентрат во флаконах	Детям в возрасте от 1 до 3 лет по 7 мл 2–3 раза в день, в возрасте 3–7 лет — 7–10 мл 3 раза в день
Бифиформ (лакто- и бифидобактерии, витамины группы В)	Саше, жевательные таблетки	Детям в возрасте от 1 до 2 лет по 1 порошку 2–3 раза в день, с 2 лет — по 1–2 жевательные таблетки 2–3 раза в день

Витаминно-минеральные комплексы в лечении паразитозов у детей

Препарат	Форма выпуска	Дозировка
АлфаВИТ детский сад (витаминно-минеральный комплекс)	Таблетки	Детям от 3 до 7 лет по 1 таблетке во время еды в течение дня в любой последовательности
АлфаВИТ школьник (витаминно-минеральный комплекс)	Таблетки	Детям старше 7 лет по 1 таблетке во время еды в течение дня в любой последовательности
Веторон (биологически активная добавка к пище)	Таблетки	Детям от 3 до 7 лет по 1 таблетке в день, детям с 7 до 14 лет по 1–2 таблетки в день
Веторон (биологически активная добавка к пище)	Водный раствор	Детям от 3 до 6 лет по 4 капли в день, детям с 7 до 14 лет по 5–6 капель в день

Энтеросорбенты в лечении паразитозов у детей

Препарат (состав)	Форма выпуска	Дозировка
Полифепан (гидролизный лигнин)	Пакеты 10–50 г	10–50 в сут в несколько приемов
Фильтрум (гидролизный лигнин)	Таблетки 0,5 г	1–2 таблетки до 3 раз в сутки
Лактофильтрум (гидролизный лигнин и лактулоза)	Таблетки 0,5 г	Взрослым — 2–3 таблетки 3 раза в сутки, детям в возрасте 7–12 лет — 1–2 таблетки 2–3 раза в сутки
Энтегнин (гидролизный лигнин)	Таблетки 0,4 г	5–7 г в сутки (4–6 таблеток), при необходимости можно увеличить дозу до 20–30 г 3 раза в сутки
Энтеросгель	Пакеты геля	Детям в возрасте до 1 года — 1 ч. л. в день, в возрасте 1–7 лет — 2 ч. л. в день, 7–14 лет — 10 г 2–3 раза в день, старше 14 лет — 10–15 г 2–3 раза в день

Общие направления профилактики гельминтозов

- выявление и лечение больных;
- проведение санитарно-гигиенических и дезинвазионных мероприятий;
- предупреждение загрязнения яйцами гельминтов помещений детских учреждений, организаций общественного питания, плавательных бассейнов;
- обучение медицинского и обслуживающего персонала детских коллективов методам профилактики;
- соблюдение правил личной гигиены.



Энтеробиоз

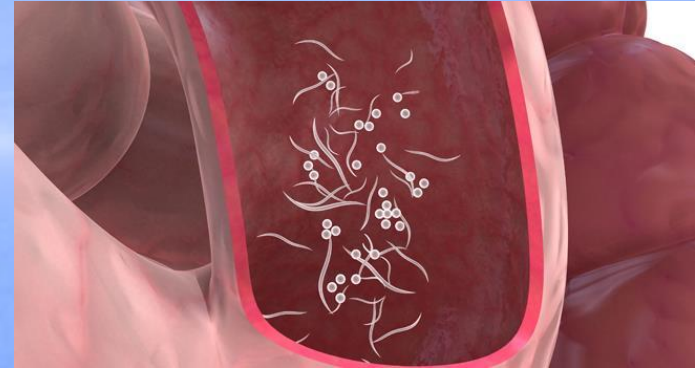
Энтеробиоз — антропонозный кишечный паразитоз.

Относится к контагиозным болезням, является доминирующей инвазией детского населения и имеет повсеместное распространение.

Возбудители — круглые черви-острицы размером от 2 до 14 мм — паразитируют в нижнем отделе тонкого и в толстом кишечнике.

Для откладывания яиц они выходят в анальную область, что вызывает зуд в области заднего прохода и способствует аутореинвазии.

Яйца устойчивы во внешней среде, сохраняют инвазивность в течение 2-4 недель, высоко резистентны к действию дезинфицирующих средств.

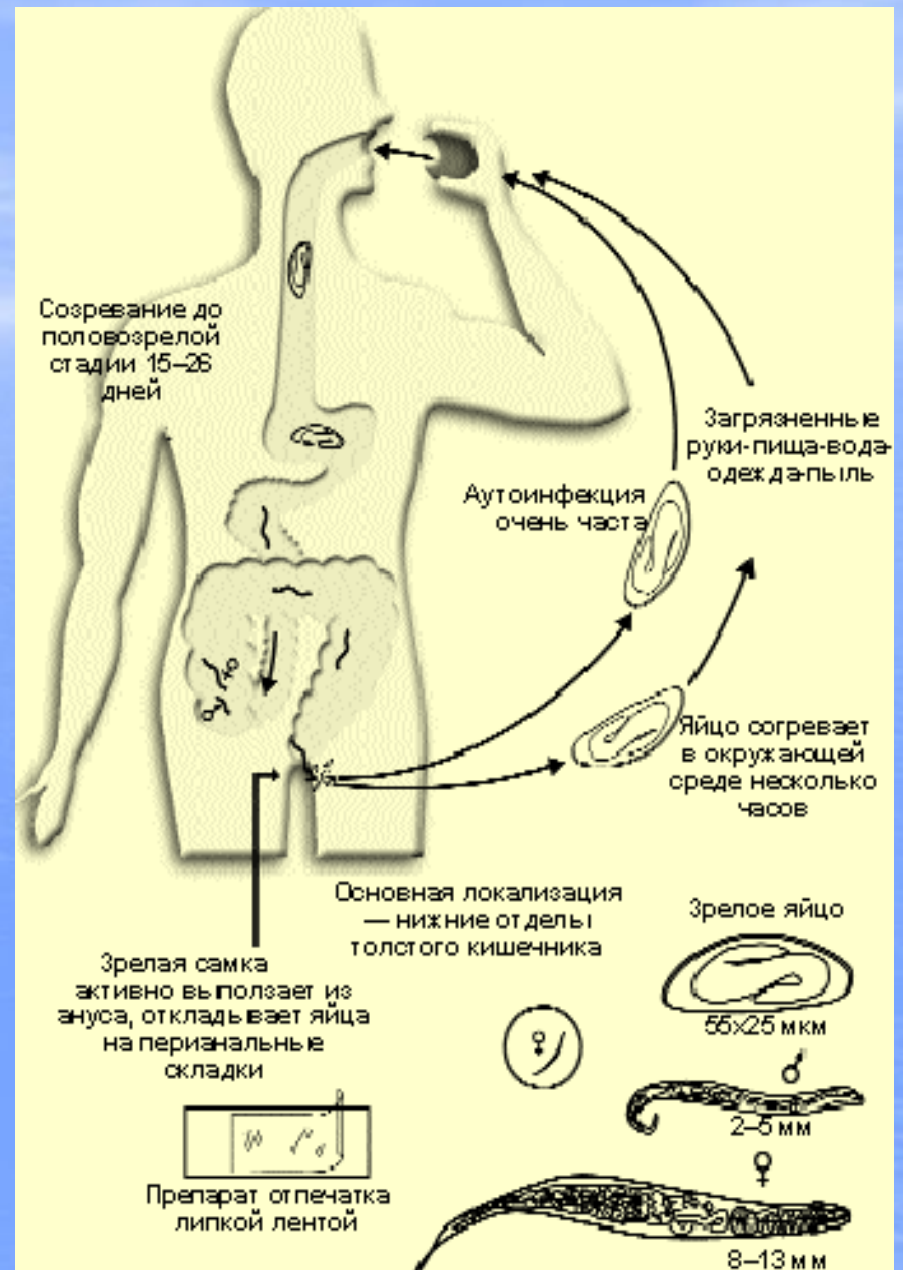


Жизненный цикл острицы

Личинки выходят из яиц в пределах желудочно-кишечного тракта и в среднем в течение 2 недель развиваются во взрослые особи, которые паразитируют в нижних отделах тонкого и толстом кишечнике.

Продолжительность жизни остриц: **до 100 дней**.

Состояние инвазированности у детей может продолжаться **намного дольше**.



Эпидемиология энтеробиоза

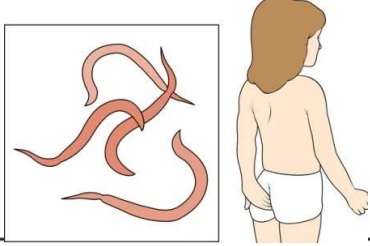
Заражение происходит контактным путем: через продукты или самозаражением



Патологические процессы, вызываемые острицей

Причина	Следствие
<ul style="list-style-type: none">● Механическое воздействие остриц в кишечнике● Протеолитические ферменты, вырабатываемые личинками● Токсическое воздействие остриц	<ul style="list-style-type: none">● Точечные кровоизлияния, эрозиям,● Проникновение бактериальной флоры, в частности возбудителей кишечных инфекций● Воспалительные и аллергические реакции● Снижение кислотности желудочного сока вплоть до анацидоза● Изменения микробиоценоза кишечника● Расстройства моторной и секреторной функций желудочно-кишечного тракта
Нарушение переваривания и всасывания пищевых продуктов	Потеря массы тела, задержка роста и развития ребенка.
Миграция остриц в мочевыводящие и половые пути	Воспалительные и аллергические реакции вне кишечника

Клиника

Признак	Характеристика
Синдром перианального зуда 	Зуд в перианальной области, возникающий чаще в ночное время, появляется периодически, продолжается 3-4 дня, затем проходит и возобновляется через 2-3 нед.
Поражение перианальной области	На фоне расчесов отмечается образование ссадин, трещин, пиодермии, экзематозного воспалительного процесса
Абдоминальный болевой синдром	Боли вокруг пупка, в гипогастральной области
Диспептический синдром	Тошнота, метеоризм, учащение стула
Астено-невротический синдром	Головные боли, головокружения, повышенная утомляемость, нарушения сна, обморочные состояния, раздражительность, ночной энурез
Синдром эозинофилии	Повышение абсолютного и относительного количества эозинофилов в периферической крови

Особенности клинического течения энтеробиоза

Перианальный зуд

Может сохраняться довольно долго после излечения энтеробиоза в результате формирования стойкого очага возбуждения в коре головного мозга.



Боли в животе

Иногда острая боль в животе может быть причиной обращения за хирургической помощью – конкретной хирургической патологии обнаружить зачастую не удастся, выявляется только скопление газов.



Осложнения энтеробиоза

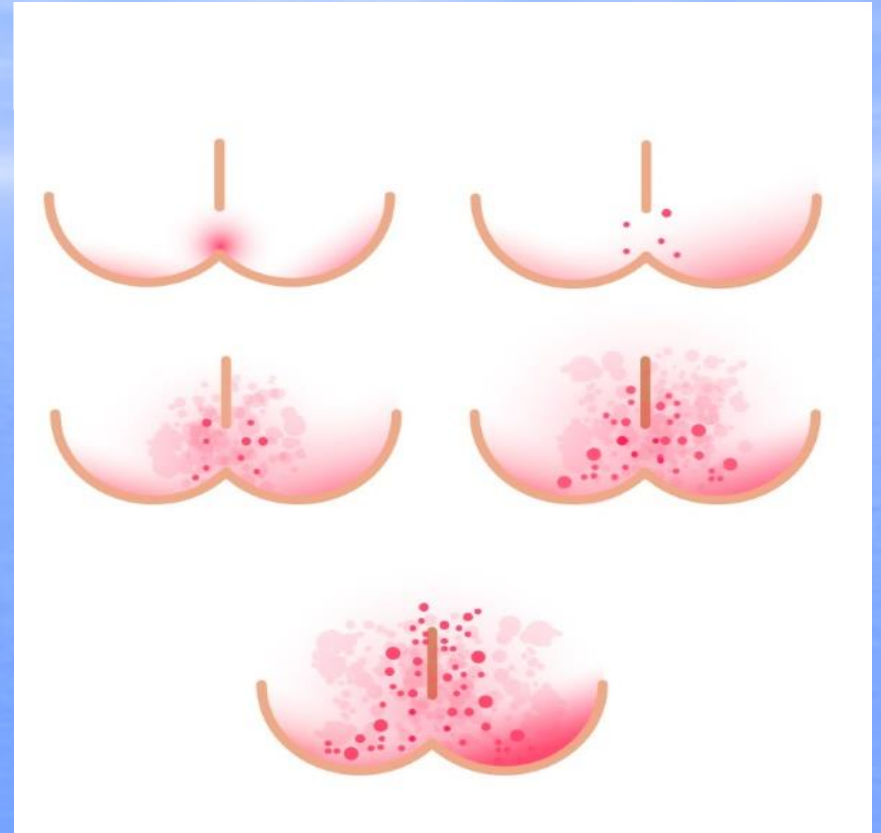
- Осложнения, возникающие в результате перианального зуда (повреждения кожи при расчесах, экзема, мокнущий дерматит).

Этиологическим агентом воспалительного процесса чаще всего бывают стрептококки.

- Вульвовагинит вследствие проникновения остриц в половые пути и присоединения бактериальных инфекций.

Инфекции мочевыводящих путей, особенно у девочек.

- Подавление неспецифического иммунитета, повышение заболеваемости вирусными и бактериальными инфекциями.



Диагностика.

1. Эпидемиологические критерии диагноза

Наличие в окружении больного ребенка лиц с подобным заболеванием, или с подтвержденным диагнозом «Энтеробиоз».

Анализ степени контакта с лицами с подобными заболеваниями с учетом состоявшегося механизма и пути передачи инфекции.

2. Клинические критерии диагностики энтеробиоза (характерные симптомы)

3. Лабораторные критерии

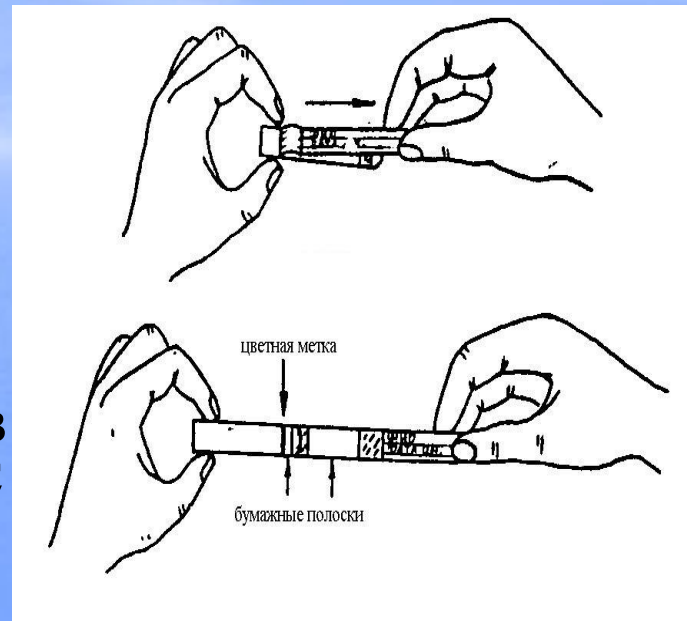


Лабораторная диагностика

Метод	Показания
Микроскопическое исследование отпечатков с поверхности кожи перианальных складок на яйца остриц (<i>Enterobius vermicularis</i>) с использованием липкой ленты (по методу Грэхэма)	Пациенты с перианальным зудом, с клиническими симптомами поражения желудочно-кишечного тракта и аллергическими проявлениями для диагностики энтеробиоза
Микроскопическое исследование кала на яйца остриц	Пациенты с перианальным зудом, с клиническими симптомами поражения желудочно-кишечного тракта и аллергическими проявлениями для диагностики энтеробиоза
Гематологический метод (выявление эозинофилии)	Пациенты с перианальным зудом, с клиническими симптомами поражения желудочно-кишечного тракта и аллергическими проявлениями для диагностики энтеробиоза
Копрологический метод	Пациенты с клиническими симптомами энтеробиоза для подтверждения нозологии и выявления нарушений пищеварения (нарушений переваривания и всасывания питательных веществ)
Молекулярно-генетический метод (ПЦР кала)	Пациенты с клиническими симптомами энтеробиоза для определения нозологии

Техника взятия соскоба на энтеробиоз «липкой лентой»

- Приготовить предметное стекло и отрезок липкой ленты;
- Уложить ребенка на бок;
- Обработать руки, надеть перчатки.
- В правую руку взять отрезок липкой ленты;
- Первым и вторым пальцем левой руки развести ягодицы ребенка;
- Пальцами правой руки приклеить липкую ленту к перианальным складкам ребенка на несколько секунд;
- Снять ленту с кожи и плотно (без пузырьков воздуха) приклеить ее на предметное стекло;
- Доставить материал с направлением в лабораторию;
- Снять перчатки и погрузить в дезинфектор;
- Обработать руки на гигиеническом уровне.

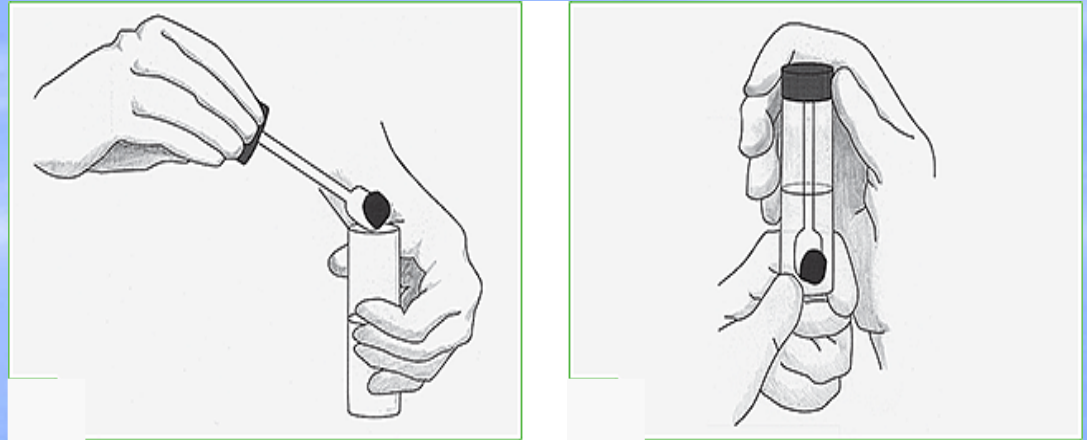


Применение липкой ленты



Техника взятия кала для исследования на яйца гельминтов

- Приготовить чистый горшок, обдать кипятком, остудить.
- Посадить ребёнка на горшок для акта дефекации.
- Провести санитарную обработку рук, надеть перчатки.



- Взять на исследование свежевыделенный кал непосредственно после дефекации шпателем из нескольких участков 5-10 гр. без примесей мочи и воды в чистую сухую стеклянную посуду.
- Закрыть крышкой.
- Доставить кал в лабораторию в течении 1 часа или в течение 12 часов при хранении в холодильнике (t 4-6 °C).
- Спросить о самочувствии пациента или убедиться, что пациент не испытывает неудобств.
- Подвергнуть изделия медицинского назначения многоразового или одноразового использования обработке в соответствии с отраслевыми нормативными документами по дезинфекции и предстерилизационной очистке.
- Снять перчатки, поместить в контейнер для отходов класса В

ЛЕЧЕНИЕ

Порядок ведения пациента (Протокол, 2014)

- изоляция пациента, индивидуальные и одноразовые средства по уходу;
- текущая дезинфекция;
- сроки лечения в среднем 5 дней;
- выписка в детский коллектив при клиническом выздоровлении и полном исчезновении яиц остриц с кожи перианальных складок;
- диетическое питание в течение 1 месяца;
- диспансерное наблюдение не требуется;
- дополнительная информация для членов семьи – соблюдение общей и личной гигиены.



Лечение (Протокол, 2014). Диета при энтеробиозе

Стол 15 по М.Певзнеру

(физиологически полноценная диета с увеличенным содержанием витаминов и исключением некоторых трудноусвояемых и острых пищевых продуктов) – при нормальном состоянии органов пищеварения и отсутствии показаний для назначения специализированной диеты.



Стол 4 по М.Певзнеру

(механическое, химическое и термическое щажение кишок; создание условий для ликвидации воспалительного процесса и восстановления нарушенных функций; уменьшение бродильных и гнилостных процессов в кишках) – при нарушении пищеварения.

Питание с пониженным содержанием углеводов и жиров (для уменьшения бродильных и гнилостных процессов в кишечнике).

Наложение запрета на употребление кислых, острых, горячих, холодных и твердых продуктов, раздражающих стенки кишечника (для исключения сильных стимуляторов секреторной функции желудка и поджелудочной железы, желчеотделения), а также веществ, раздражающих печень.

Лекарственная терапия энтеробиоза

Терапевтическая классификация лекарств	Название препарата
Препараты для лечения гельминтозов	Мебендазол (Вермокс)
	Альбендазол (Немозол)
	Пирантел (Немоцид)
Адсорбирующие кишечные препараты	Смектит Лигнин
Папаверин и его производные	Папаверин Дротаверин
Противодиарейные микроорганизмы при дисбиозе кишечника на фоне энтеробиоза	Энтерол Линекс
Десенсибилизирующая терапия по показаниям	Цетиризин



Интервал между выявлением энтеробиоза и лечением не должен превышать трёх дней.

Контроль эффективности лечения: отрицательный анализ перианального соскоба через 2 нед. после лечения 3-кратно с интервалом в 1-2 дня.



Детей, инвазированных острицами, **не допускают в дошкольные образовательные учреждения** на период проведения лечения и контрольного лабораторного обследования (СП 3.2.3110-13)

Исходы заболевания

В большинстве случаев – выздоровление.

В 5% случаев – рецидив через 1 мес. после окончания лечения при отсутствии или наличии динамического наблюдения.

Возможен повторный стандартный курс лечения антигельминтными препаратами через 2-3 недели, так как вследствие частых реинвазий один курс может оказаться неэффективным.



Профилактика реинвазии у больного ребёнка

1. Перед началом лечения вымыть ребенка, сменить ему постельное белье. Одежду, костюмчик или платье прогладить горячим утюгом.
2. Весь период лечения ребенок должен спать в трусиках, стянутых на бедрах резинками – это предупреждает повторное самозаражение и рассеивание яиц остриц в его постели. Трусы необходимо ежедневно менять.
3. Грязное постельное белье при каждой стирке подвергать кипячению.
4. Одежду, пододеяльник, простыни, наволочку и подушки 2-3 раза в неделю необходимо проглаживать горячим утюгом. Высокая температура убивает яйца глист.
5. Область промежности ребенка на ночь обмывать тёплой водой, после чего тщательно мыть руки с мылом.
6. Не разрешать ребенку спать в постели, укрывшись с головой. Это способствует заглатыванию скопившихся в постели яиц глистов и ведет к повторному заражению.
7. Следить за чистотой рук у детей, коротко стричь ногти, не допускать скопления грязи под ногтями.
8. Ночной горшок или унитаз ежедневно отпаривать крутым кипятком.
11. Уборку квартиры проводить только влажным способом, ежедневно протирать от пыли детские игрушки, а резиновые – ошпаривать кипятком.



Первичная профилактика энтеробиоза

- выделение ребёнку в семье индивидуальной постели, полотенца;
- привитие детям навыков личной гигиены, отучение детей от привычки откусывать ногти, заусеницы, брать в рот пальцы, игрушки, упавшие на пол предметы;
- мытьё рук с мылом после посещения туалета, после игр на улице и перед приёмом пищи;
- короткое остригание ногтей;
- ежедневная смена нательного белья;
- частая смена постельного белья, снятие его без излишнего встряхивания;
- стирка постельного белья при температуре не ниже 60°C, желательно проглаживание утюгом;
- выдерживание постельных принадлежностей и мягких игрушек на улице зимой на морозе или летом на ярком солнце в течение 2-3 часов;
- регулярная влажная уборка помещения с частой сменой воды и полосканием тряпок для мытья полов под проточной водой;
- чистка ковров с использованием пылесоса;
- мытьё и стирка детских игрушек.



Профилактика энтеробиоза в детских учреждениях

Высокий уровень заболеваемости энтеробиозом в детском учреждении является прямым свидетельством низкого санитарного состояния объекта.

Администрация, персонал и медицинский работник детского учреждения несут ответственность за качество выполнения противоэнтеробиозных мероприятий.

Профилактические мероприятия (СП-3.2.3110-13 «Профилактика энтеробиоза»; СП-2.4.1.3049-13 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций»):

- Плановые профилактические обследования детей и персонала в детских учреждениях проводятся 1 раз в год (после летнего периода, при формировании коллектива) и (или) по эпидемическим показаниям.

Профилактика энтеробиоза в детских учреждениях (СП-2.4.1.3049-13; СП-3.2.3110-13)

Обследованию на энтеробиоз подлежат:

- дети дошкольных образовательных организаций;
- персонал дошкольных образовательных организаций;
- школьники младших классов (1-4);
- дети, подростки, лица, относящиеся к декретированному контингенту, при диспансеризации и профилактических осмотрах;
- дети, подростки по эпидемическим показаниям (часто болеющие острыми кишечными инфекциями, проживающие в антисанитарных условиях и социально неблагополучных семьях);
- дети, оформляющиеся в дошкольные и другие образовательные организации, дома ребенка, детские дома, школы-интернаты, на санаторно-курортное лечение, в оздоровительные организации;
- амбулаторные и стационарные больные детских поликлиник и больниц;
- декретированные и приравняемые к ним контингенты лиц;
- лица, контактные с больным энтеробиозом;
- лица, получающие допуск для посещения плавательного бассейна.



Профилактика энтеробиоза в детских учреждениях (СП-3.2.3110-13 «Профилактика энтеробиоза»; СП-2.4.1.3049-13 «Санитарно эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций»):

- О каждом случае энтеробиоза медицинские работники медицинских организаций в течение 24 часов направляют экстренное извещение по установленной форме в органы федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора (по месту выявления больного).
- Всех выявленных инвазированных регистрируют в журнале для инфекционных заболеваний и проводят медикаментозную терапию.



Минздрав РФ		Медицинская документация	
Учреждение			
Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку			
1	Диагноз		
2	Фамилия, имя, отчество пациента		
3	Пол	4	Возраст
		Дети до 14 лет	дата рождения
5 Адрес			
Населенный пункт _____ район _____			
Улица _____ дом № _____ кв. № _____			
6 Место работы (учебы, детского учреждения)			
Наименование		Адрес	
7 Даты :			
Заболевания		Первичного обращения (выявления)	
Установления диагноза		Последующего посещения детского учреждения	
8 Госпитализация			
Дата госпитализации		_____ 20 ____ г.	Номер наряда _____
Место госпитализации			

Профилактика энтеробиоза в детских учреждениях (СП-2.4.1.3049-13; СП-3.2.3110-13)

- При регистрации случаев заболеваний среди детей и персонала контагиозными гельминтозами профилактические мероприятия проводят как в период лечения детей, так и ближайшие 3 дня после его окончания.

При этом необходимо:

- ежедневно 2 раза (утром и вечером) проводить влажную уборку помещений с применением мыльно-содового раствора;

- провести чистку (с использованием пылесоса) или обработать камерной дезинфекцией (если невозможно облучить бактерицидными лампами в течение 30 мин. на расстоянии до 25 см) ковры, дорожки, мягкие игрушки и убрать их до окончания заключительной дезинвазии;

- в течение 3 дней, начиная с первого дня лечения, одеяла, матрасы и подушки обрабатывать пылесосом;

- одеяла и постельное белье не допускается встряхивать в помещении.

- В группах круглосуточного пребывания ежедневно менять или проглаживать горячим утюгом нательное, постельное белье и полотенца.

АСКАРИДОЗ

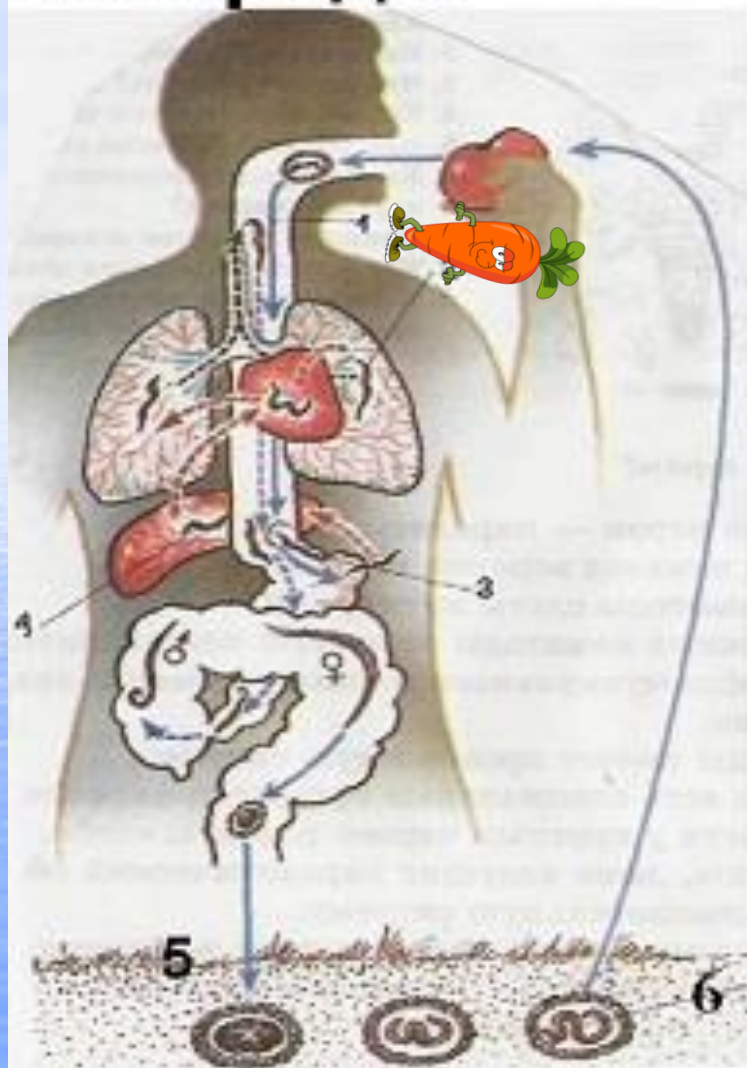


Аскаридоз – антропонозный **геогельминтоз**, вызываемый аскаридой, характеризующийся при паразитировании половозрелых гельминтов – хроническим поражением желудочно-кишечного тракта, а в фазе миграции личинок – поражением дыхательных путей и аллергическими реакциями.

*Длина взрослой особи
20-35 см*

Ежегодно регистрируется свыше 40 тысяч больных, 70% случаев составляют больные дети.

Цикл развития аскариды



- 1 – Попадание яиц через грязные фрукты, овощи в организм человека.
- 2 – Выход личинок (2) в кровь через стенки кишечника (3).
- 3 – Попадание личинок в разные органы (в том числе – в легкие), их воспаление (4)
- 4 – Вторичное проглатывание личинок при кашле и их попадание в кишечник.
- 5 – Половое созревание червей, образование оплодотворенных яиц.
- 6 – Попадание яиц в почву

Жизненный цикл аскариды

Человек является единственным хозяином паразита.

Во внешнюю среду с калом больного аскарида выделяет незрелые яйца.

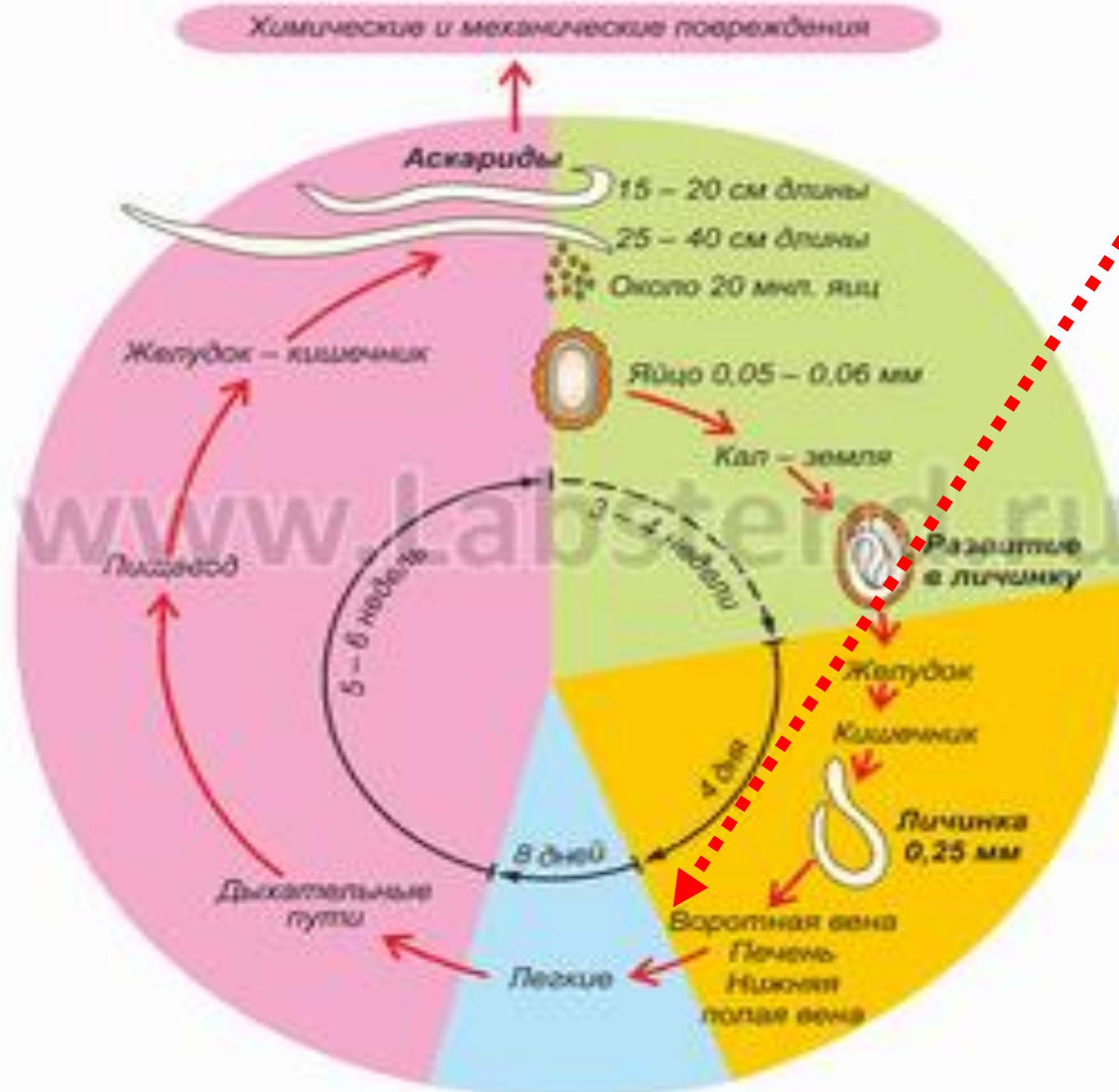
В них при благоприятных условиях созревают личинки, которые с загрязнёнными предметами попадают в желудочно-кишечный тракт другого человека.



Созревание яиц проходит в земле при температуре не ниже 12°C, влажности почвы не ниже 8% и свободном доступе кислорода.

В умеренном климатическом поясе яйца аскарид могут зимой сохраняться под слоем снега и выдерживать морозы до - 20-25°C. В почве при отсутствии сильных воздействий внешней среды яйца гельминта могут **сохранять жизнеспособность в течение 10 лет**, в пресных водоемах - до одного года.

Цикл развития аскарид



Фазы течения заболевания:

- фаза миграции личинок в кровеносной системе;
- фаза паразитирования половозрелых аскарид в тонком кишечнике.

Весь **цикл** от проникновения яйца в кишечник из внешней среды до взрослой аскариды **длится 2-2½ мес.**

Длительность обитания в **кишечнике – 6-18 мес** (в среднем – 1 год).

Выделение яиц самкой заканчивается к 7-8 мес. ее жизни.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ АСКАРИДОЗА

Механизм заражения – фекально-оральный (гео-оральный).

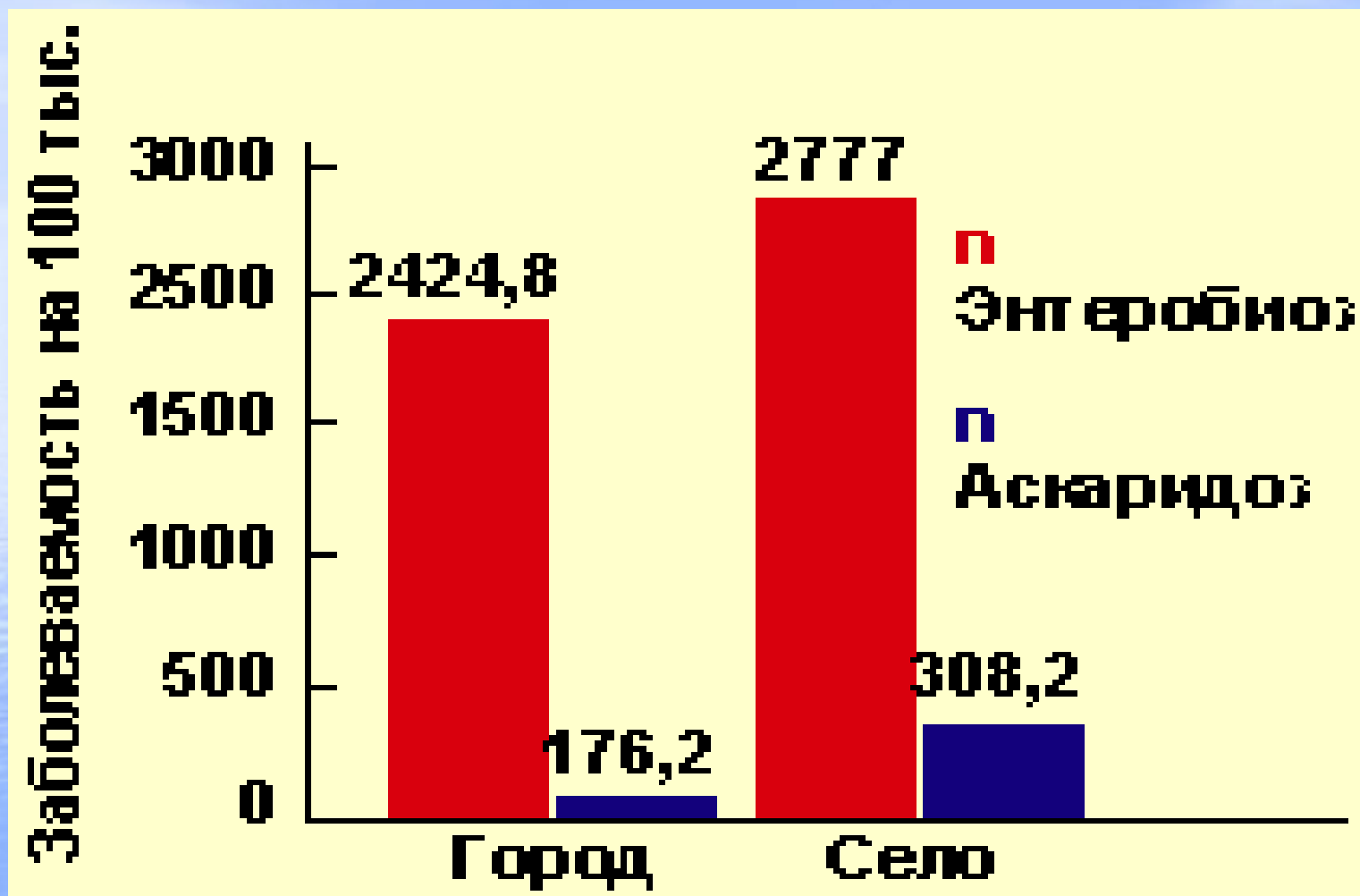
Пути передачи – пищевой, водный, контактно-бытовой.

Факторами передачи являются овощи, фрукты, зелень, ягоды, на поверхности которых имеются частички почвы, а также загрязненные вода и руки.

В зоне **умеренного климата сезон заражения аскаридозом длится с апреля по октябрь**, в зоне теплого влажного климата - круглый год.



Степень контакта пациента с почвой определяет риск заражения.



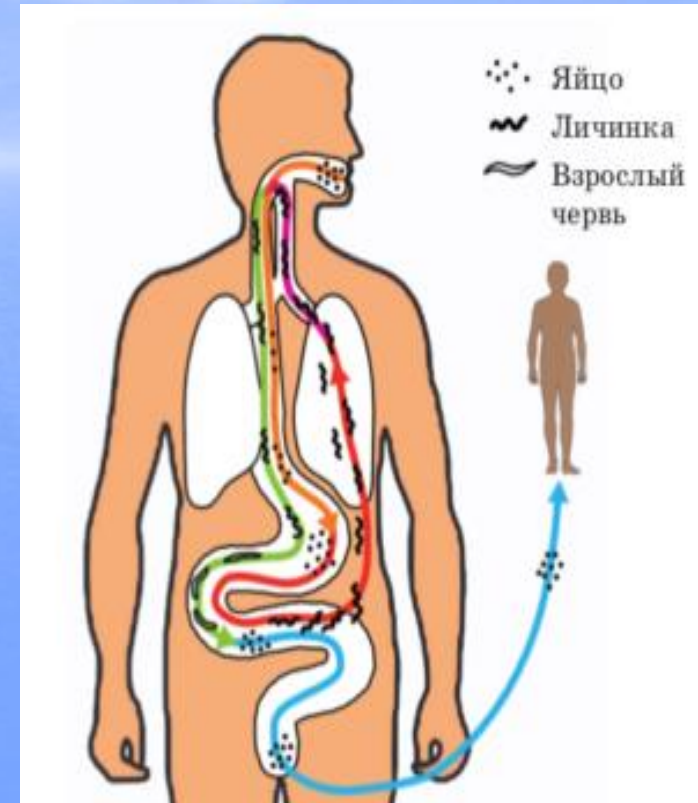
Заболееаемость городских и сельских детей энтеробиозом и аскаридозом (2002 г.)

Клиника аскаридоза

Симптоматика I фазы жизненного цикла – фазы миграции:

- кашель, боли в груди, одышка, редко – кровохарканье;
- недомогание при нормальной или субфебрильной температуре;
- нередко аллергические проявления на коже (чаще крапивница), эозинофилия до 15-35% в анализе периферической крови.
- во время миграции личинок в легких могут появляться **очаги инфильтрации, чаще диагностируемые только при рентгенологическом исследовании.**

Эти очаги отличаются нестойкостью и обычно через несколько дней исчезают.

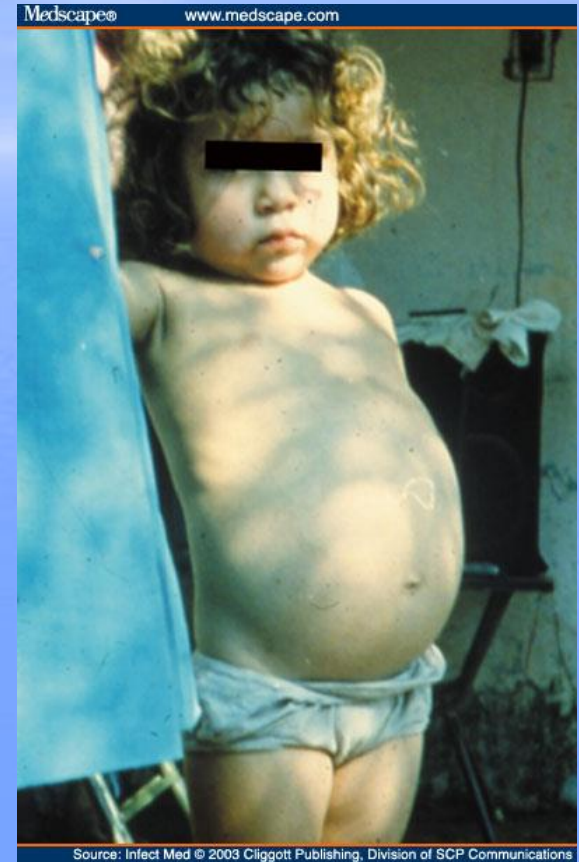


Клиника аскаридоза

Симптоматика II фазы жизненного цикла:

Во второй фазе аскариды паразитируют в тонком кишечнике, что сопровождается следующими симптомами:

- появление периодических приступообразных болей вокруг пупка,
- тошнота,
- слюнотечение,
- запоры или поносы,
- метеоризм,
- понижение аппетита,
- симптомы интоксикации (раздражительность, утомляемость, головная боль, ночные страхи, бледность, потливость).



Осложнения

- При проникновении аскарид в общий желчный проток возможны желчная колика и инфицирование желчных путей,
- При попадании гельминтов в червеобразный отросток — аппендицит.
- Скопление глистов в просвете кишечника может привести к развитию непроходимости.
- Аллергозы



Диагностика

Эпидемиологические критерии диагноза:

1. Наличие в окружении больного ребенка лиц с подобным заболеванием или с подтвержденным диагнозом «Аскаридоз».

2. Анализ **возможных путей передачи** инвазии:

Путь передачи	Характеристика
Пищевой	Употребление в пищу овощей, фруктов, зелени, ягод, обсемененных яйцами аскарид
Водный	Употребление загрязненной воды, содержащей яйца аскарид
Контактно-бытовой	Контакт с зараженной яйцами аскарид почвой, несоблюдение правил личной гигиены

Клинические критерии диагноза

Признак	Характеристика
Лихорадка	Субфебрильная
Синдром интоксикации	Общее недомогание, слабость, снижение аппетита
Аллергич. проявл-я	Уртикарная сыпь, отеки Квинке
Абдоминальный болевой с-м	Боли в эпигастрии, вокруг пупка, в правой подвздошной области
Диспепт. Синдром	Тошнота, диарея, чередование запоров и диареи
Синдром поражения дыхательных путей	Кашель сухой или влажный (с незн-ым к-вом слизист. или кровянист. мокроты), приступы удушья. В легких сух. и влажн. хрипы.
Астено-невротический синдром	Головные боли, головокружения, повышенная утомляемость, нарушения сна, истерические припадки, раздражительность
Синдром вегетососуд. дисфункции по гипотонич. типу	Снижение артериального давления, тошнота на фоне гипотонии, головокружения
Синдром эозинофилии	Повышение абс-го и относительного количества эозинофилов в периферической крови

Лабораторные критерии диагноза

В фазе миграции:

- Обнаружение личинок аскарид в мокроте и антител к ним в крови.

В фазе паразитирования:

- Диагноз достоверен при наличии самих гельминтов или их яиц в кале.

Копрологическое исследование иногда требуется проводить многократно.



Сбор кала для исследования на яйца глистов

Подготовка к исследованию

- Кал на яйца глист необходимо брать утром.
- Приготовить чистый горшок, обдать кипятком, остудить.
- Посадить ребёнка на горшок для акта дефекации. Опорожнить кишечник в чистый горшок (судно).

Забор материала

- Провести санитарную обработку рук, надеть перчатки.
- Взять на исследование свежесвыделенный кал непосредственно после дефекации шпателем из нескольких участков 5-10 гр. без примесей мочи и воды в чистую сухую стеклянную посуду.
- Закрыть крышкой.
- Доставить кал в лабораторию в течении 1 часа («в теплом виде») или в течение 12 часов при хранении в холодильнике (Т 4-6°).
- К анализу прикрепляется направление, в котором указывается: «Кал на яйца гельминтов», дата и время забора, ФИО, отделение, подпись медицинского работника.

34 май

Минздрав
Наименование учреждения
Лаборатория

Кол. формы по ОКУД
Код учрежд. по ОКПО

Медицинская документация
Форма № 220/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 № 1080

АНАЛИЗ КАЛА № 3

яйца гельминтов, скрытая кровь, стеркобилин, билирубин

«...» 200... г. ... ч. ... мин.
(дата взятия биоматериала)

Фамилия, И. О. Яковлев Михаил Сергеевич
Возраст 25.09.2000
Учреждение
участок отделение палата
Яйца гельминтов медицинская карта № 776000 0076
134901

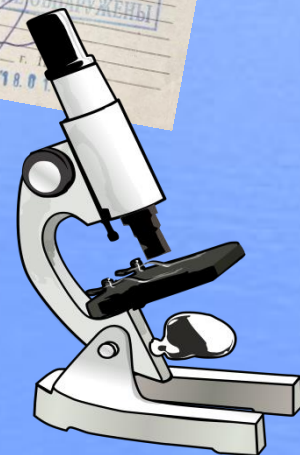
Простейшие

Реакция на скрытую кровь: яйца гельминтов и простейшие не обнаружены

Реакция на стеркобилин

Реакция на билирубин: «...» 200... г. ... ч. ... мин.

Подпись медицинского работника



ЛЕЧЕНИЕ

Порядок ведения пациента (Протокол НИИДИ, 2014)

- сроки лечения в среднем 5 дней;
- выписка в детский коллектив при клиническом выздоровлении и полном исчезновении яиц аскариды из кала;
- рекомендации для пациента:
 - диетическое питание в течение 3 месяцев;
 - диспансерное наблюдение в течение 3 месяцев;
- дополнительная информация для членов семьи - соблюдение общей и личной гигиены.



Диета при аскаридозе

Стол 15 по М.Певзнеру

(физиологически полноценная диета с увеличенным содержанием витаминов и исключением некоторых трудноусвояемых и острых пищевых продуктов) – при нормальном состоянии органов пищеварения и отсутствии показаний для назначения специализированной диеты.



Стол 4 по М.Певзнеру

(механическое, химическое и термическое щажение кишок; создание условий для ликвидации воспалительного процесса и восстановления нарушенных функций; уменьшение бродильных и гнилостных процессов в кишках) – при нарушении пищеварения.

Питание с пониженным содержанием углеводов и жиров (для уменьшения бродильных и гнилостных процессов в кишечнике).

Наложение запрета на употребление кислых, острых, горячих, холодных и твердых продуктов, раздражающих стенки кишечника (для исключения сильных стимуляторов секреторной функции желудка и поджелудочной железы, желчеотделения), а также веществ, раздражающих печень.

Лекарственная терапия

Терапевтическая классификация лекарств	Название препарата
Препараты для лечения гельминтозов	Мебендазол (Вермокс) Альбендазол (Немозол) Пирантел (Немоцид) Карбендацим Левамизол
Адсорбирующие кишечные препараты	Смектит, Лигнин
Регуляторы моторики желудочно-кишечного тракта, спазмолитики	Метоклопрамид, домперидон Папаверин, дротаверин
Противодиарейные микроорганизмы при дисбиозе кишечника на фоне энтеробиоза	Энтерол Линекс
Антигистаминные препараты	Цетиризин, кетотифен

Лекарственная терапия

Терапевтическая классификация лекарств	Название препарата
Жаропонижающие препараты	Парацетамол, ибупрофен
Глюкокортикоиды при тяжёлой форме аскаридоза, у пациентов с выраженными проявлениями аллергии	Преднизолон Дексаметазон
Глюкозо-солевые растворы при тяжёлой форме аскаридоза	Для дезинтоксикации и купирования расстройств водно-электролитного баланса

Диспансерное наблюдение

Частота обязательных контрольных обследований врачом-педиатром участковым	Длительность наблюдения	Консультации врачей-специалистов
2 раза в течение первого месяца после выздоровления; 1 раз по истечении 3-х месяцев наблюдения	3 мес.	Врач-педиатр участковый, семейный врач, врач-инфекционист

Диспансерное наблюдение

Перечень и периодичность лабораторных, рентгенологических и других специальных методов исследования	<ul style="list-style-type: none">• Клинический анализ крови в период наблюдения и при снятии с учета.• Паразитологическое исследование фекалий при появлении кишечных расстройств в период наблюдения и при снятии с учета.• Кoproлогическое исследование при появлении кишечных расстройств в период наблюдения и при снятии с учета.
Лечебно-профилактические мероприятия	<ul style="list-style-type: none">• Медицинский отвод от вакцинации 1 мес. при легкой и среднетяжелой форме; 3 мес. – при тяжелой форме.• Медицинский отвод от занятий физической культурой 1 мес. при среднетяжелой форме, 3 мес. – при тяжелой форме.

Диспансерное наблюдение

Порядок допуска переболевших в образовательные учреждения, школы-интернаты, летние оздоровительные и закрытые учреждения	Клиническое выздоровление
Клинические критерии эффективности диспансеризации	Отсутствие рецидива заболевания

Контроль эффективности дегельминтизации и длительность диспансерного наблюдения (Стандарты Нижегородской области)

Наблюдение 6 нед.:

3-кратное исследование кала на
яйца аскарид через 2 нед. после
лечения и далее с интервалом в 2
нед.



Исходы

В большинстве случаев – выздоровление.

В 5% случаев – рецидив через 1-3 мес. после окончания лечения.

Критерии выздоровления:

- Отсутствие клиники
- Отрицательные 3-кратные результаты исследования фекалий через месяц после лечения.



Мероприятия в очаге

- Противоэпидемические мероприятия в очаге не проводят.
- Карантинно-изоляционные мероприятия в отношении контактных лиц не организуются.
- Больной не требует изоляции.
- После этиотропной терапии ребенка допускают в образовательную организацию без противоэпидемических ограничений.

Профилактика аскаридоза у детей

- Развитие у детей гигиенических навыков (мыть руки после выхода из туалета, перед употреблением пищи, кушать только тщательно вымытые овощи и фрукты, кипятить воду перед питьем).
- Мероприятия по охране окружающей среды от загрязнения яйцами аскарид: обезвреживание нечистот с помощью отстойников и фильтрации, хлорирование и фильтрацию водопроводной воды.
- В селах правильное и своевременное вычищение выгребных ям, предупреждение попадания нечистот в водные источники.
- Отказ от применения в сельских хозяйствах и на дачах фекалий для удобрения почвы.
- Специфическая профилактика аскаридоза не разработана.

Лямблиоз

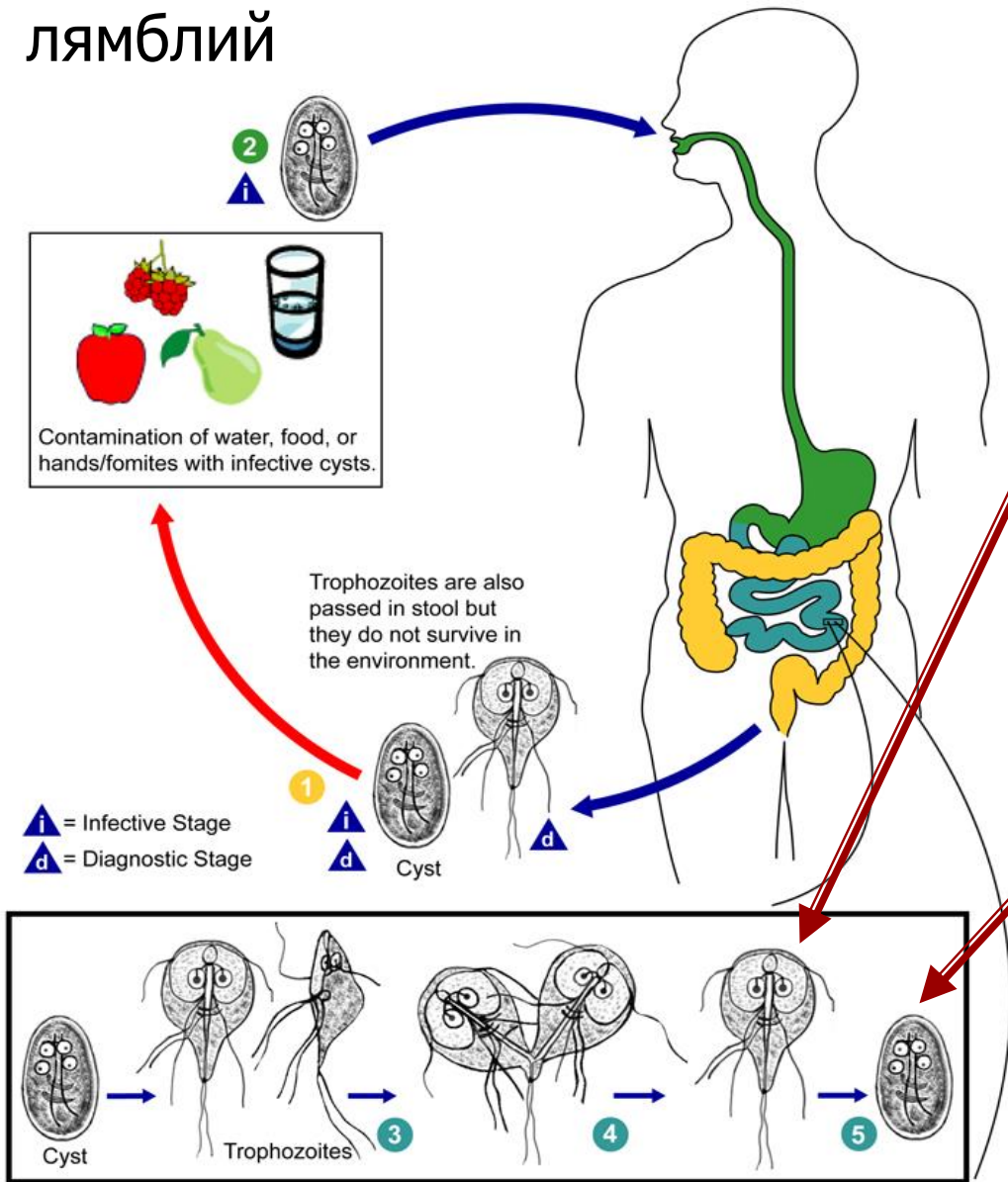


Лямблиоз – кишечная инвазия с преимущественным поражением тонкой кишки, вызываемая у человека одноклеточным паразитом, лямблией кишечной.

Определение ВОЗ (1988 г.): под лямблиозом подразумевается любой случай инвазии лямблиями – как клинически явный, так и бессимптомный.

В западных странах принято другое название заболевания - жиардиаз (от названия паразита - *Giardia lamblia*).

Жизненный цикл лямблий



В течение жизненного цикла происходит чередование:

- **ВЕГЕТАТИВНЫХ форм (трофозоит):** в виде вегетативной формы лямблии преимущественно находятся в верхних отделах тонкой кишки.

- **ЦИСТ:** вегетативные формы превращаются в цисты при попадании в толстую кишку.

Характеристика цист

Цисты выделяются во внешнюю среду с испражнениями.

При заражении в организм цисты попадают с загрязненной пищей или водой и проходят невредимыми через желудок.

Цисты в увлажненном кале сохраняются до 3 нед.; во влаге и тени – до 70 дн. При комнатной температуре, при недостатке влаги цисты лямблий сохраняют жизнеспособность в течение 4-5 дней, в почве – до 9-12 дней.

Они устойчивы к кислотам, щелочам, веществам с активным хлором.

Стандартные концентрации хлора, используемые для обеззараживания водопроводной воды, не оказывают на цисты воздействия – в водопроводной воде они сохраняются до 3 мес.

Фильтрованная водопроводная вода свободна от цист.

Кипячение и замораживание (до -13 °С и ниже) приводят к их гибели

Классификация лямблиоза

1. С преимущественным поражением пищеварительной системы:
 - а) интестинальная форма – в виде дуоденита и энтерита;
 - б) панкреатобилиарная (с билиарными дисфункциями);
 - в) гастритическая форма;
 - г) сочетанная: интестинальная форма с поражением желудка и панкреатобилиарной системы.

2. С преимущественным поражением других органов и систем:
 - а) с интоксикационно-аллергическими и кожными проявлениями;
 - б) с астеноневротическим синдромом;
 - в) с анемическим синдромом.

3. Смешанный вариант.

Классификация лямблиоза

По течению заболевания:

- 1) острое (до 1 мес);
- 2) подострое (от 1 до 3 мес);
- 3) хроническое (более 3 мес).

Периоды:

- 1) инкубационный;
- 2) клинических проявлений;
- 3) реконвалесценции (включая реконвалесцентное лямблионосительство);
- 4) хронизации.

По наличию осложнений:

- 1) неосложненный;
- 2) осложненный.

Специфические осложнения: крапивница, отек Квинке, офтальмопатия, артриты, гипокалиемическая миопатия.

Неспецифические осложнения: наслоение интеркуррентных заболеваний, белково-энергетическая недостаточность и др.

Диагностика лямблиоза.

Лабораторные критерии лямблиоза

1) «Золотой стандарт» – **обнаружение цист лямблий в кале** (свежем или с консервантом) или вегетативных форм в дуоденальном содержимом.

Копрологическая диагностика лямблий может давать ложноотрицательные результаты.

Повышают эффективность исследования:

- обследование до назначения противопаразитарных медикаментов,
- прием слабительных и/или желчегонных препаратов за 1-2 дня до исследования (особенно у пациентов с запорами),
- доставка кала в лабораторию не позже чем через 15-20 мин. после дефекации, применение консервантов фекалий.

При отрицательном первом анализе проводят ≥ 3 исследований кала в непоследовательные дни (с интервалом в 2-3 дня). Поскольку отрицательные периоды в выделении лямблий могут колебаться от 2-3 сут. до 2-3 нед., при серьезном подозрении на лямблиоз исследование кала рекомендуется в течение 4-5 нед. с интервалом в 1 нед.

2) Обнаружение ДНК лямблий в кале и/или биоптатах слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки методом ПЦР.

3) Обнаружение антигенов лямблий в кале и/или биоптатах слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки методом ИФА.

Серологические методы диагностики являются косвенными.

Показания к обследованию на лямблиоз:

- 1) диарея неустановленной этиологии;
- 2) хронические заболевания желудочно-кишечного тракта;
- 3) упорная тошнота без других клинических симптомов;
- 4) дисбиоз кишечника;
- 5) нейроциркуляторная дисфункция, особенно в сочетании с желудочно-кишечными нарушениями;
- 6) нарушение нутритивного статуса, особенно гипотрофия;
- 7) угнетенное настроение, депрессия, особенно в сочетании с желудочно-кишечными нарушениями;
- 8) дерматиты, крапивницы, экземы, нейродерматиты;
- 9) иммунодефицитные состояния;
- 10) обструктивные бронхиты, бронхиальная астма;
- 11) аллергии неустановленной этиологии;
- 12) стойкая эозинофилия крови;
- 13) длительный субфебрилитет неясной этиологии;
- 14) контакт с больным/носителем лямблиоза.

Обязательному обследованию на лямблиоз подлежат следующие контингенты населения:

- 1) дети, посещающие дошкольные образовательные учреждения, школьники младших классов – один раз в год при формировании коллектива или после летнего перерыва;
- 2) персонал дошкольных образовательных учреждений – при приеме на работу и один раз в год;
- 3) дети и подростки – при оформлении в дошкольные и другие образовательные учреждения, приюты, дома ребенка, детские дома, школы-интернаты, на санаторно-курортное лечение, в оздоровительные лагеря, в детские отделения больниц;
- 4) дети всех возрастов, находящиеся в детских учреждениях закрытого типа и круглосуточного пребывания – при поступлении и один раз в год;
- 5) декретированные и приравненные к ним контингенты (работники пищевой промышленности, общепита, ассенизаторы и др.) – при поступлении на работу и периодически один раз в год;
- 6) лица, контактирующие с больным или паразитоносителем;
- 7) стационарные и амбулаторные больные – по показаниям.

Принципы лечения лямблиоза

1. Лечение проводится в амбулаторных условиях.

Возможна госпитализация в общесоматическое, гастроэнтерологическое или инфекционное отделение.

2. Санитарно-эпидемический режим.

Заключительная и текущая дезинфекция.

3. Рекомендации по обследованию всех членов семьи.

4. Диетотерапия: для детей 1-го года жизни уменьшение объема пищи на $1/3$, дозированное кормление, грудное молоко или адаптированные смеси; для детей старше 1 года: модифицированный стол № 4 по Певзнеру с ограничением углеводов и лактозосодержащих продуктов и обогащением белком и пищевыми волокнами.

5. Лечение проводится поэтапно

Лечение лямблиоза включает в себя:

- лечебное питание и нутриционную поддержку;
- комплексную антипротозойную, антимикробную, антигрибковую терапию;
- энтеросорбцию;
- заместительную терапию;
- коррекцию микробиоценоза кишечника;
- нормализацию моторики;
- метаболическую терапию.

Этапы лечения

I этап

- противоямблиозные препараты (стартовой или альтернативной терапии);
- при дегидратации – оральная регидратация из расчета 50 мл/кг массы тела на 4–6 ч, затем по 100 мл на кг массы тела в сутки;
- при диарее – энтеросорбенты (смектит, эубикор, энтеросгель, полифепан, энтеродез, лактофильтрум и др.) в течение 7–10 дней;
- пребиотики и/или пробиотики (энтерол, аципол, линекс, бифиформ и др.) на 2–3 нед;
- препараты панкреатических ферментов с 3–4-го дня на фоне снижения частоты стула;
- симптоматические средства: жаропонижающие, спазмолитики – по показаниям;
- после купирования диареи назначение комплексных препаратов с желчегонным и гепатопротекторным действием: хофитол, галстена и др. – на 2 нед;
- при лактазной недостаточности – препараты лактазы.

Этапы лечения

II этап

- гепатопротекторные и желчегонные препараты;
- пребиотики и/или пробиотики (энтерол, аципол, линекс, бифиформ и др.) – на 2–3 нед;
- десенсибилизирующие препараты.

III этап (после антипротозойного лечения):

- пребиотики и/или пробиотики (энтерол, аципол, линекс, бифиформ и др.) – на 2–3 нед;
- поливитамины, микроэлементы;
- фитотерапия на 10 дней – настои и отвары трав с желчегонным (дренажным) и антипротозойным действием:
 - ✓ березовых почек,
 - ✓ цветков пижмы,
 - ✓ цветков полыни,
 - ✓ бессмертника,
 - ✓ настои тополя черного,
 - ✓ эвкалипта, чеснока,
 - ✓ кожуры грецкого ореха,
 - ✓ кожуры и семян грейпфрута,
 - ✓ экстракт мужского папоротника,
 - ✓ семена тыквы,
 - ✓ порошок семян гвоздики.

Противопаразитарное лечение лямблиоза

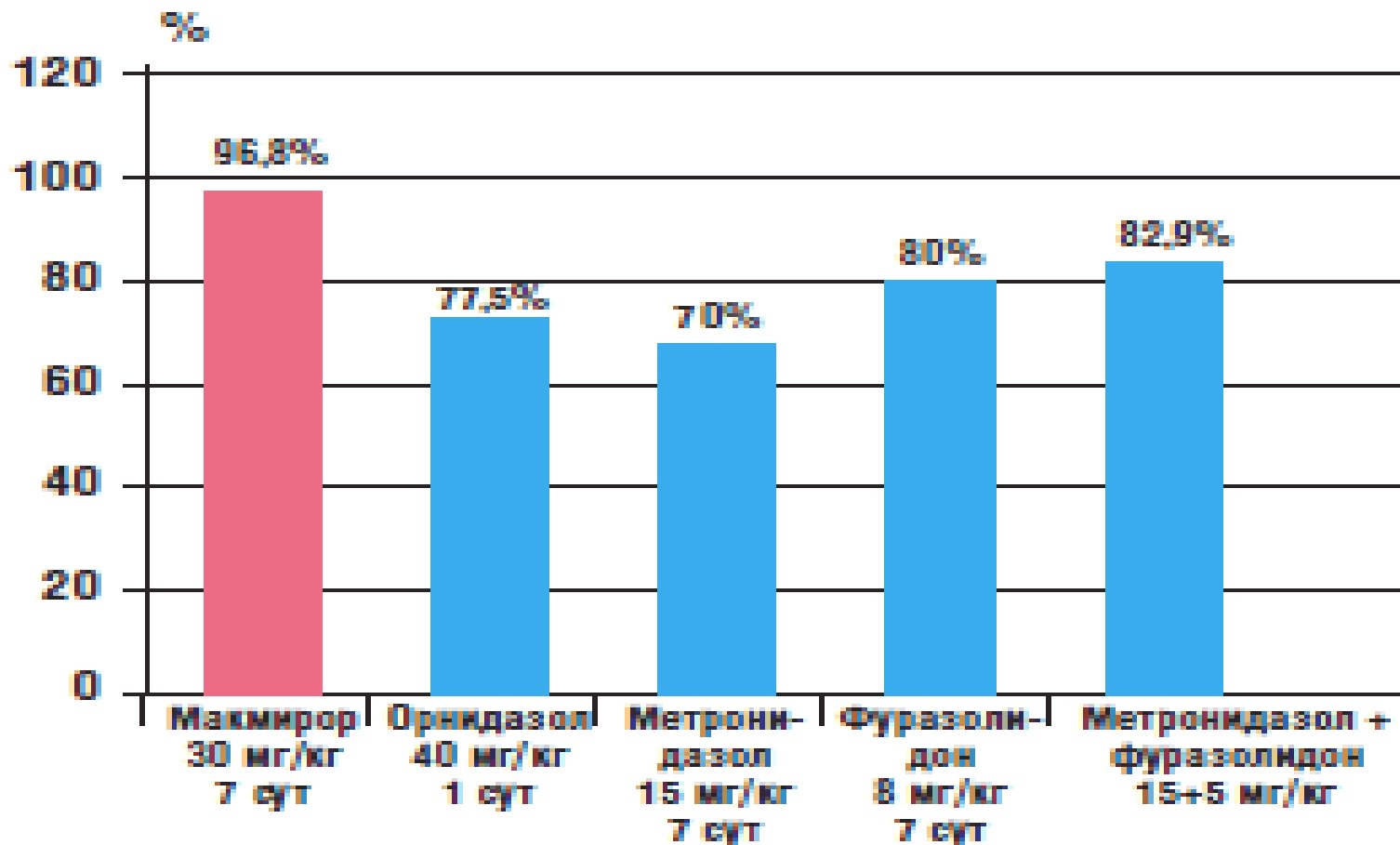
Основные препараты, применяемые в лечении лямблиоза

Стартовая терапия	Альтернативная терапия	Препараты резерва
Нифурател (Макмирор)	Албендазол (Немозол)**	Орнидазол (Гайро, Дазолик, Тиберал)
Албендазол (Немозол)*	Тинидазол	Секнидазол
Метронидазол (Трихопол)	<i>Saccharomyces boulardii</i> (Энтерол)	Тенонитрозол (Атрикан)
Фуразолидон	Ниморазол (Наксоджин)	

* Преимущество при сочетанной глистно-паразитарной инвазии.

** Если не применялся в составе стартовой терапии.

Исходы противопаразитарного лечения разными препаратами (Бельмер С.В., Новикова В.П., 2013)



Эффективность эрадикации лямблий у детей при использовании различных противоплямблиозных препаратов

Контроль в ходе лечения

1. Определение температурной реакции.
2. Осмотр кожных покровов.
3. Определение ЧСС, ЧД, АД – ежедневно.
4. Определение частоты, характера и объема испражнений – ежедневно.
5. При наличии рвоты и диареи – учет объема введенной и выведенной жидкости за сутки.
6. При наличии рвоты и диареи – определение динамики массы тела у детей 1-го года жизни ежедневно, старше 1 года – 1 раз в 3–5 дней.
7. Общий анализ крови 1 раз в 10 дней при наличии первичного патологического анализа.
8. При наличии изменений в биохимических анализах крови – контроль 1 раз в 10 дней.

Контроль излеченности



1. Выявление лямблий:

- трехкратное копрологическое исследование кала (с использованием консервантов Турдыева, Сафаралиева или Барроу) в непоследовательные дни (с интервалом в 2–3 дня) через 2 нед. после антипротозойной терапии
или
- определение ДНК лямблий в кале методом ПЦР через 3 нед после антипротозойной терапии
или
- определение антигенов лямблий в кале при использовании антител к цельным трофозоидам или моноспецифических антител к антигенам лямблий через 2 нед после антипротозойной терапии.

2. Нормализация биохимических анализов крови.

Особенности реакции организма ребёнка на лечение. Реакция Яриш-Гейксгеймера (Бандурина Т.Ю., Г.Ю. Кнорринг, 2003)

При назначении медикаментозных препаратов, эффективных в отношении лямблий, **на 2-3-й день лечения** может наступить ухудшение самочувствия ребенка: появятся **тошнота, рвота, зуд, высыпания на коже.**

Под влиянием лечения продукты массивного распада паразита всасываются в кровь и становятся причиной усиления интоксикации и сенсibilизации организма. Накопление продуктов распада паразитов в кишечнике способствует изменению pH внутренней среды и развитию дисбактериоза. **Эта реакция носит название реакции Яриш-Гейксгеймера и она, как правило, длится не более 5-7 дн.**

Для уменьшения ее проявлений рекомендуется:

- **в течение курса лечения 1-2 раза в неделю проводить тюбажи с осмотическими слабительными – 25–30%-ным раствором сульфата магния, сорбитом, ксилитом у детей старше 5–7 лет.** Осмотические слабительные препятствуют всасыванию продуктов распада паразитов и ослабляют реакцию.
- для уменьшения реакции Яриш-Гейксгеймера иногда применяют препараты системной энзимотерапии (вобэнзим).

Особенности лечения лямблиоза с билиарными дисфункциями

➤ **На первом этапе лечения:**

При гипотонии желчного пузыря без поражения поджелудочной железы холекинетики:

- магния сульфат – 3 раза в день;
- сорбит или ксилит – 3 раза в день до еды в течение 3–4 нед;
- лекарственный электрофорез с магния сульфатом на область печени,
- тюбажи с 30–50%-ным раствором сорбита, ксилита или с минеральной водой;
- физиотерапия (озокерит или парафин на область живота, электрофорез с сульфатом магния на область правого подреберья).

При дисфункции сфинктера Одди – холеспазмолитики,

При холестазе – препараты урсодеоксихолевой кислоты.

➤ **На третьем этапе** после антипротозойного лечения – гепатопротекторы:

эссенциале-форте, легалон, карсил, расторопша, гепатофальк и др.

Методика тюбажа по Г.С. Демьянову

- Для выполнения процедуры требуются:
 - грелка;
 - раствор сернокислой магнезии (или 10 г порошка на 50 мл воды, подогретой до 38-40°C) или сорбит, ксилит в подогретом виде или минеральная вода.

Детям до 7 лет достаточно половины стакана (но не менее 50 мл воды), более старшим – целый стакан.



- Тюбаж выполняют утром натощак, когда ребенок уже проснулся, но не встал с постели.
- Перед процедурой воду нагревают в водяной бане до температуры 35-45 °C.
- Грелка может быть водной и электрической.
- Ребёнок должен выпить теплый раствор и лечь на правый бок.
- Ноги либо согнуты в коленях, либо находятся в более высоком положении (под них подкладывают одеяло). Подушка под головой плоская.
- Грелку укладывают в область правого подреберья на 20-40-60 мин.

Особенности лечения лямблионосительства или лямблиоза со стертыми клиническими проявлениями

1. Проводится в амбулаторных условиях.
2. Санитарно-эпидемический режим. Рекомендации по обследованию всех членов семьи.
3. Диетотерапия: модифицированный стол №5 («печёночный») по Певзнеру с ограничением углеводов и лактозосодержащих продуктов, обогащением белком и пищевыми волокнами.
4. Подготовка к антипротозойной терапии не назначается.
5. **На втором этапе:**
 - противолямблиозные средства на фоне комплексных препаратов с желчегонным и гепатопротекторным действием;
 - пребиотики (эубикор, лактулоза-дюфалак, нормазе и др.).
6. **На третьем этапе** после антипротозойного лечения:
 - пребиотики и/или пробиотики (энтерол, аципол, линекс, бифиформ и др.) на 2–3 нед;
 - фитотерапия (настои и отвары березовых почек, цветков пижмы, цветков полыни, бессмертника, настои тополя черного, эвкалипта, чеснока, кожуры грецкого ореха, кожуры и семян грейпфрута, экстракт мужского папоротника, семена тыквы, порошок семян гвоздики) – на 10 дней.

Особенности лечения варианта лямблиоза с аллергическими и кожными проявлениями

- десенсибилизирующие препараты (зиртек, телфаст и др.);
- стабилизаторы клеточных мембран (кетотифен, задитен);
- местное лечение кожных покровов.

На фоне противолямблиозной терапии (Т. Ю. Бандурина, Г. Ю. Кнорринг, 2004):

- у 85% детей с атопическим дерматитом отмечено ослабление кожных проявлений;
- у 86% детей исчезли или сократились явления бронхиальной обструкции (одышка и удлинение выдоха, смягчился кашель);
- явления аллергического конъюнктивита уменьшились у всех детей.

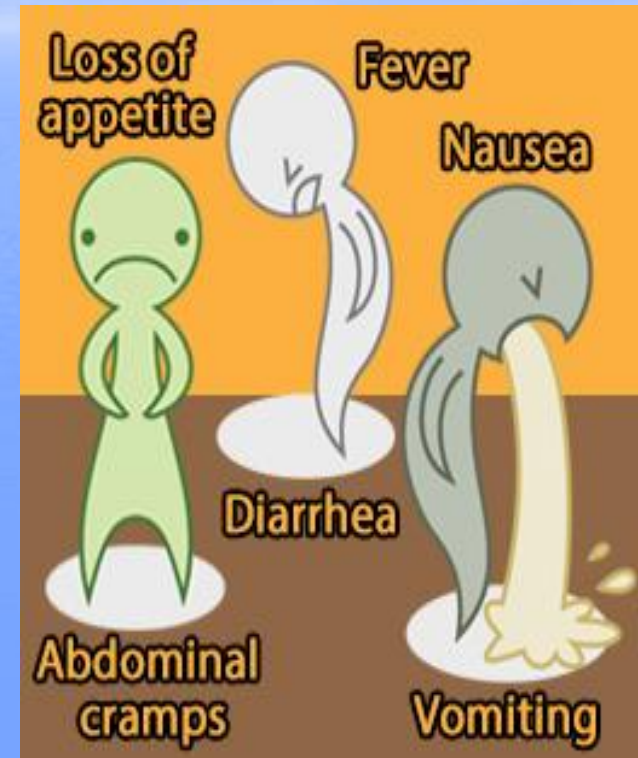
Особенности лечения подострого или хронического лямблиоза

- иммунотерапия: комплексный иммуноглобулиновый препарат (КИП, КИП-ферон), полиоксидоний, ликопид и др.,
- препараты системной энзимотерапии – вобэнзим;
- обследование всех членов семьи, лечение больных;
- борьба с вредными привычками (обкусывание ногтей, ручек и т.п.).

Сестринская практика при кишечных паразитах у детей.

Проблемы пациента с паразитозом

- интоксикация;
- лихорадка;
- нарушения работы желудочно-кишечного тракта, воспалительное и аллергическое поражение тканей органов-мишеней, нарушение их функций;
- кожные проявления аллергии;
- угроза осложнений, затяжного течения заболевания;
- риск заражения окружающих;
- необходимость обследования, лечения, соблюдения режимных и диетических ограничений;
- недостаток знаний о заболевании.



Сестринская помощь в области лечения и профилактики паразитарных болезней

- Контроль соблюдения правил санитарно-противоэпидемического режима в семье, ДООУ.
- Разъяснение больному и его родным, сотрудникам ДООУ особенностей заболевания, его симптомов, методов диагностики, лечения, профилактики.
- Обучение матери правилам ухода за больным, основам санитарно-эпидемиологического режима в очаге инвазии.
- Выполнение врачебных назначений по диагностике и лечению, в т.ч. забор материала для исследований.
- Контроль динамики состояния пациента, приверженности врачебным назначениям, при необходимости – регулярности явки на диспансерные осмотры и контрольные исследования.
- Санитарное просвещение населения.
- Ведение установленной документации.