

Распространенные гельминтозы пищеварительного тракта человека

Е.И. СЕРГИЕНКО, д. мед. н., профессор; Т.Д. ЗВЯГИНЦЕВА, д. мед. н., профессор

/Харьковская медицинская академия
последипломного образования/

По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) четвертая часть населения Земли инфицирована паразитами органов пищеварения. Паразитарные болезни (паразитозы) осуществляют отрицательное влияние на рост и развитие детского организма, ведут к снижению трудоспособности у лиц старших возрастных групп, наносят существенный медико-социальный и экономический ущерб.

Показатели случаев заражения паразитарными болезнями близки к заболеваемости острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ) и гриппом, особенно высоки данные показатели в экономически менее развитых регионах. В структуре паразитарных болезней подавляющую часть составляют гельминтозы. По данным медицинской статистики в Украине ежегодно регистрируется 300–400 тысяч случаев гельминтозов, из них 80% – среди детей. По мнению специалистов, уровень распространенности глистных инвазий значительно выше, предположительно истинная цифра гельминтозов в стране достигает 1–2 млн случаев. В некоторых областях Украины (Полтавской, Сумской, Черниговской), население более чем на 60% поражено гельминтами.

В настоящее время установлено паразитирование в организме человека 342 видов гельминтов. Некоторые из гельминтов распространены повсеместно, другие выявляются преимущественно в определенных странах. В Украине распространено около 30 видов глистов, из которых наиболее часто встречаются энтеробиоз – 74,8%, аскаридоз – 21,08%, трихоцефалез – 3,5%. В связи с поездками населения за границу участились случаи завоза в страну «редких», ранее не диагностируемых видов паразитов. Среди остальных гельминтозов чаще в Украине регистрируются описторхоз, гименолепидоз, эхинококкоз, дифилляриоз, токсокароз. Нередко наблюдается сочетание двух и более видов гельминтов.

Среди гельминтозов, в зависимости от реализации цикла развития червей и путей распространения, выделяют три группы: контактные гельминты, геогельминты, биогельминты.

Для контактных гельминтов характерно выделение зрелых или почти зрелых яиц, которые непосредственно заразны для человека. Человек заражается через предметы обихода и грязные руки, которые исполняют роль факторов передачи, как, например, при энтеробиозе и гименолепидозе.

Возбудители, относящиеся к группе геогельминтов, характеризуются прямым циклом развития, без промежуточных хозяев. Роль механических переносчиков играют животные (они не нужны для развития гельминтов). Паразиты этой группы выделяют незрелые яйца, которые определенную часть развития должны пройти в почве. Достигнув инвазионной (заразной) стадии, паразиты

попадают в организм человека различными путями, часто яйца гельминтов попадают в организм человека при несоблюдении санитарных правил употребления воды, немытых овощей и фруктов. К этой группе гельминтов относится аскаридоз, трихоцефалез.

Наиболее сложный цикл развития у биогельминтов. Их возбудители, покинув организм человека, должны пройти часть цикла развития в другом хозяине (клещи, моллюски). И лишь после этого они окажутся в состоянии заразить здорового человека. Непосредственное заражение от больного в этой ситуации невозможно, так как гельминт попадает в организм здорового человека на иной стадии развития, принципиально отличающейся от той, на которой он первоначально выделился из организма больного. Жизненный цикл некоторых видов биогельминтов проходит со сменой до четырех хозяев. Переносят яйца гельминтов летающие и ползающие насекомые, а также собаки и кошки. К биогельминтозам относятся фасциолез, описторхоз, трихинеллез.

Паразитарные болезни проявляются широким спектром клинических симптомов, которые в ряде случаев сходны с признаками хронических заболеваний органов пищеварения. Отсутствие специфичной клинической симптоматики, хроническое течение с относительно медленным нарушением функции различных органов, нередко – латентное течение с субклиническими проявлениями болезни маскируют отрицательный эффект паразитарных заболеваний и существенно затрудняют их диагностику.

Механизмы патогенного влияния гельминтов на организм человека

В наибольшей степени патогенное влияние паразитарных заболеваний отражается на беременных и детях. Особую значимость это имеет для малообеспеченных групп населения, где часты случаи интенсивных инвазий, которые на фоне неполноценного питания и дефицита витаминов в пище могут способствовать развитию тяжелых осложнений, иногда с летальным исходом.

После внедрения в организм человека (как правило, в течение первых 2–3 недель после заражения) мигрирующие личинки и развивающиеся гельминты провоцируют появление аллергической реакции. После гибели и распада гельминтов образуются антигены, которые действуют на организм человека.

Патогенное влияние на организм гельминтов связано с изменением обменных процессов в организме в результате поглощения гельминтами ценных аминокислот и других пищевых компонентов, а также с обусловленной жизнедеятельностью паразитов интоксикацией, степень выраженности данных воздействий определяется локализацией и количеством гельминтов.

Кишечные гельминты способствуют высвобождению Th2 цитокинов, которые подавляют цитокины Th1. Изменения иммунной системы могут быть причиной частых инфекционных и вирусных заболеваний. В частности, инвазированные гельминтозами лица более подвержены заболеванию туберкулезом после инфицирования *M. tuberculosis*. Длительное паразитирование гельминтов повышает риск развития канцерогенеза, что обусловлено как изменениями иммунной системы, так и длительным травмирующим воздействием гельминтов на ткани и органы человека.

Существенное значение имеет хроническая постоянная микрокровопотеря, в частности из кишечника при анкилостомидозах и через желчные протоки при трематодозах печени.

Простейшие и гельминты могут резко нарушать биоценоз кишечника и вызывать дисбактериоз в крайне выраженных формах. Существенные сдвиги в микрофлоре кишок наблюдаются при аскаридозе, трихоцефалезе, энтеробиозе, гименолепидозе, лямблиозе.

Общие клинические проявления гельминтозов

Для большинства гельминтозов характерно наличие двух фаз в развитии клинических проявлений: острой, которая развивается после внедрения паразита, и хронической, протекающей от нескольких месяцев до нескольких лет. Клинические проявления гельминтозов во многом зависят от числа паразитов и места их обитания.

Особенностью клинического течения гельминтозов пищеварительного канала является стертый, неразвернутый характер. Поэтому фазовую динамику можно отчетливо проследить лишь изредка, при тяжелом течении инвазии.

В начальных стадиях паразитарные болезни пищеварительного канала обычно проявляются неспецифической неврологической симптоматикой, которая включает повышенную утомляемость, раздражительность, плохой сон. Проявлениями сенсибилизации могут быть кожный зуд, различные виды кожной сыпи, бронхоспазм, синдром бруксизма (скрежетание зубами ночью), гиперсаливация, повышение содержания эозинофилов в крови.

По мере увеличения длительности инвазии развиваются симптомы, свидетельствующие о заболевании органов пищеварения: снижение аппетита, тошнота, боль в животе, неустойчивый характер стула, иногда бывает склонность к запорам. Больные могут указывать на болевые ощущения в эпигастральной области, в точках проекции желчного пузыря и головки поджелудочной железы, в печеночном и селезеночном углах толстой кишки, в околопупочной области. При осмотре больного обращает на себя внимание бледность кожного покрова, «синяки» под глазами, астенизация, склонность к частым простудным заболеваниям, может определяться увеличение лимфатических узлов.

Хроническое течение паразитарных болезней органов пищеварения характеризуется сменой периодов скрытого течения, когда не удается выявить значительных изменений и обострений, связанных с алиментарными нарушениями, нервно-психическим перенапряжением.

В течение жизненного цикла такие гельминты, как аскарида, токсокар и другие, проходят личиночную стадию, при этом

повреждаются висцеральные оболочки, легкие, глаза, мозг, паренхиматозные органы с соответствующими проявлениями.

Если наблюдается тяжелое течение заболевания, в начальный период отмечаются повышение температуры тела, высыпания и отеки на коже, боль в суставах, увеличение лимфатических узлов, возможно развитие желудочно-кишечных расстройств, симптомов поражения легких, увеличение размеров печени, селезенки, других органов. Развиваются явления интоксикации: слабость, вялость, снижение работоспособности, аппетита, потеря интереса к жизни, возможно периодическое повышение температуры тела. Могут наблюдаться расстройства стула, неприятные ощущения и тяжесть в правом подреберье, непереносимость каких-либо пищевых продуктов. У больных определяются признаки астенического синдрома, анемии, гиповитаминоза, нарушения различных видов обмена веществ.

Диагностика

Диагностика гельминтозов должна проводиться с учетом эпидемиологического анамнеза, включающего географический и пищевой анамнез с учетом социально-этнической принадлежности больного.

Основные методы диагностики всех гельминтозов включают: обнаружение самого паразита или его фрагментов, обнаружение яиц гельминтов.

Лабораторная и инструментальная диагностика гельминтозов

Прямые гельминтологические исследования испражнений:

- метод нативного мазка;
- метод Бермана для диагностики стронгилоидоза, анкилостомоза;
- методы обогащения (Фюллеборна, Калантарян).

Специальные методы исследования на энтеробиоз включают:

- соскоб из перианальных складок;
- исследование обсеменения кожи с помощью липкой ленты, специальных стекол;
- метод Гиммельфарба с помощью ватного тампона, заложенного на ночь в анальное отверстие;
- исследование анальной слизи, взятой с помощью шпателя.

К специальным методам относят исследование желчи (лямблии, фасциолы, анкилостомы, описторхии, клонорхии), мокроты (аскариды, анкилостомы, стронгилоиды), мочи (мочеполовой шистосомоз), биоптаты тканей (трихинеллы).

Проведение клинического анализа крови позволяет выявить повышение содержания эозинофилов (при аскаридозе, стронгилоидозе, анкилостомидозе, токсокарозе, трихинеллезе). При таких инвазиях, как дифиллоботриоз, трихоцефалез, тениаринхоз, тениоз, могут быть выявлены признаки анемии.

Рентгенологическое, эхосонографическое исследование проводят при подозрении на эхинококкоз, цистицеркоз, трихинеллез.

В настоящее время широкое применение для диагностики глистных инвазий нашли иммунологические методы. Метод иммуноферментного анализа (ИФА) чаще используют для диагностики токсокароза, эхинококкоза, цистицеркоза, альвеококкоза, трихинеллеза.

В пищеварительной системе паразитируют круглые черви – возбудители нематодозов, сосальщики – возбудители трематодозов, ленточные черви – возбудители цестодозов (таблица).

Лечение

Лечение гельминтозов проводится обязательно и направлено на ликвидацию паразита и клинических проявлений инвазии. При выборе метода лечения глистных инвазий необходимо учитывать специфическую активность антигельминтного препарата, его переносимость, преморбидный фон пациента. Помимо специфического лечения по клиническим показаниям следует рекомендовать диетический режим и обеспечить патогенетическое, симптоматическое лечение.

По механизму действия лекарственные препараты, применяемые для лечения гельминтозов, делятся на:

- поражающие функцию нервно-мышечной системы у круглых червей;
- препараты, действующие на энергетические процессы гельминтов;
- клеточные яды.

Химиопрепараты, используемые для лечения основных кишечных гельминтозов

Вермокс (мебендазол) – вызывает угнетение углеводного обмена глистов, гликогена, АТФ. Оказывает губительное действие на аскарид, власогилава, острицу, анкилостому.

Вормил (альбендазол) – уничтожает взрослых глистов, личинки и яйца гельминтов путем угнетения белка тубулина, что приводит к разрушению цитоскелета глиста; угнетения фермента фумаратгидратазы и нарушения синтеза усвоения глюкозы.

Декарис (леваamisол) – угнетает гликолиз гельминтов, что вызывает их гибель. Эффективен при аскаридозе, менее эффективен при анкилостомидозе.

Комбантрин (пирантела памоат) – угнетает нервно-мышечный аппарат гельминтов. Активен в отношении аскарид, остриц, анкилостом.

Минтезол (тиабендазол) – нарушает ферментные процессы глистов. Действует на различные стадии развития гельминтов. Эффективен при стронгилоидозе, энтеробиозе, трихинеллезе.

Нафтамон (алкопар) – снижает активность ряда ферментативных процессов у гельминтов. Эффективно действует при анкилостомидозе.

Пиперазина адипинат – угнетает ряд ферментов глистов. Активен в отношении аскарид и остриц.

Бильтрицид (празиквантел, цесол, азинокс) – оказывает сильное трематоцидное и цестицидное действие.

Фенасал (вермитин, цестоцид) – угнетает нервно-мышечный аппарат гельминтов. Активен в отношении цестод.

Профилактика

Профилактика гельминтозов предполагает, прежде всего, соблюдение основных правил личной гигиены, что во много раз

Таблица. Классификация с учетом локализации гельминтов в кишечнике человека

Гельминтозы	Тонкий кишечник		Толстый кишечник и прямая кишка	
	Гельминтоз	Возбудитель	Гельминтоз	Возбудитель
Нематодозы	Аскаридоз	<i>Ascaris lumbricoides</i>	Трихоцефалез	<i>Trichuris trichiura</i>
	Анкилостомоз	<i>Ancylostoma duodenale</i>	Энтеробиоз	<i>Enterobius vermicularis</i>
	Некатороз	<i>Necator americanus</i>		
	Ангиостронгилез	<i>A. costaricensis</i>		
	Трихостронгилез	<i>T. orientalis</i>		
	Стронгилоидоз	<i>Strongyloides stercoralis</i>		
	Капилляриоз	<i>Capillaria philippinensis</i>		
	Анизакиоз	<i>Anisakis spp.</i>		
Трематодозы	Метагонимоз	<i>Metagonimus yokogawai</i>	Шистосомоз кишечный	<i>S. mansoni</i>
	Нанофитетоз	<i>Nanophyetus spp.</i>	Шистосомоз японский	<i>S. japonicum</i>
	Гетерофиоз	<i>Heterophyes heterophyes</i>	Шистосомоз меконга	<i>S. mekongi</i>
	Фасциолопсидоз	<i>Fasciolopsis buski</i>	Шистосомоз интеркалатный	<i>S. intercalatum</i>
	Эхиностомоз	<i>Echinostoma spp.</i>		
Цестодозы	Тениаринхоз	<i>Taenia saginata</i>		
	Тениоз	<i>Taenia solium</i>		
	Дифиллоботриоз	<i>Diphyllobotrium latum</i>		
	Гименолепидоз	<i>Hymenolepis papa</i> (цепень карликовый)		
	Гименолепидоз	<i>Hymenolepis diminuta</i> (цепень крысиный)		
	Дипилидиоз	<i>Dipylidium caninum</i>		

снижает риск глистной инвазии. Поэтому санитарно-просветительная работа среди населения будет не только гарантировать уменьшение частоты гельминтозов, но и снизит количество патологических состояний организма человека, которые возникают на фоне инвазии. Необходимо лечение всех окружающих при выявлении одного зараженного в семье, коллективе. Важным профилактическим направлением является обезвреживание почвы и фекалий от яиц гельминтов в выгребных ямах.

Аскаридоз

Аскарида (*Ascaris lumbricoides*) паразитирует в тонкой кишке человека, питаясь содержимым и клетками эпителия. Яйца с испражнениями зараженного человека попадают во внешнюю среду. В увлажненной теплой почве с достаточным доступом кислорода в яйцах развиваются личинки. Из почвы они могут попадать на руки, зелень, ягоды, овощи, которые употребляет человек, часто не соблюдая правила первичной обработки овощей, ягод, зелени

и правила личной гигиены, в результате чего происходит заражение. Загрязнению пищи яйцами гельминтов способствуют мухи. В почве яйца сохраняют свою жизнеспособность длительное время. Срок жизни аскариды в кишечнике человека – 1 год. Личинки аскариды внедряются в сосуды кишечной стенки, проникают в печень, правое предсердие, легочную артерию, легкие, бронхи, заглатываются вновь и в кишечнике развиваются до взрослого гельминта.

Клинические проявления аскаридоза включают аллергические реакции в виде крапивницы, насморка, кашля и повышения температуры тела. Больные жалуются на тошноту, слюнотечение, боль в животе.

Основным методом диагностики аскаридоза является выявление яиц аскарид в кале.

Для лечения аскаридоза применяют следующие препараты:

- мебендазол (Вермокс) по 0,1 г 2 раза в сутки, после еды, в течение 3 дней. Слабительные не применяются. Исключается жирное мясо, копчености, фрукты заменяются соками;
- альбендазол (Вормил) 400 мг 1 раз в сутки 3 дня;
- левамизол (Декарис) 3,0 мг/кг массы однократно после еды, при массивной инвазии – в такой же дозе 2–3 дня подряд;
- пирантела памоат (Пирантел) 10 мг/кг 2 раза в сутки в течение 1–3 дней;
- пиперазина адипинат (Пиперазин) 1,5–2,0 г 2 раза в сутки 2 дня, при запорах назначаются слабительные.

Контроль за лечением осуществляют через 3 недели после лечения трехкратно с интервалом 2–3 дня.

Основным методом профилактики является санитарно-просветительная работа. Необходимо лечение всех окружающих при выявлении одного зараженного в семье, коллективе. Важным профилактическим направлением является обезвреживание фекалий от яиц гельминтов в выгребных ямах.

Трихоцефалез

Возбудителем трихоцефалеза является власоглав (*Trichuris trichiura*), который обитает в тонком кишечнике человека. Путь заражения такой же, как при аскаридозе. Срок жизни власоглава в кишечнике человека – до 5 лет. Чаще всего заражение происходит в летне-осенний период, когда в почве накапливается наибольшее количество яиц. Жители городов заражаются на дачах, в селах или через привозимые на рынок зелень, овощи, ягоды.

Клинически определяются явления астенизации и аллергии организма, симптомы кишечной диспепсии.

Диагностика – трехкратный анализ кала унифицированным флотационным методом (по Калантарян).

Для лечения применяются те же препараты, что и при аскаридозе. После излечения больного показано наблюдение в течение 2 лет с обследованием всех членов семьи два раза в год.

Стронгилоидоз

Проникает через слизистую оболочку пищеварительного канала или кожу в кровь, сердце, легкие, пищевод. Живет в тонкой кишке, размер 2,2 мм. Источником заражения является больной человек. У лиц, инвазированных *Strongyloides stercoralis*, при при-

соединении ВИЧ-инфекции или при иных иммунодепрессивных состояниях (лейкозы, хронический алкоголизм, прием кортикостероидных гормонов, цитостатиков) может развиваться гиперинвазионный синдром. При этом наблюдается ускоренное развитие личинок в кишечнике с последующим тяжелым язвенным его поражением, перфоративным перитонитом, поражением органов центральной нервной системы, дыханием, развитием гипопропротеинемии, анемии, менингита с летальностью, достигающей в некоторых наблюдениях 80%.

Диагностика базируется на обнаружении личинок в фекалиях по методу Бермана, дуоденальном содержимом, редко – в моче.

Для лечения применяют тиабендазол по 25 мг/кг 2 раза в сутки в течение 2 дней. Контроль – ежемесячное исследование фекалий в течение полугода.

Методы профилактики включают лечение инвазированных лиц, санитарно-просветительные мероприятия, ликвидацию фекального загрязнения почвы.

Анкилостомидоз

Глистная инвазия, включающая в себя анкилостомоз и некатороз, вызываемые соответственно кривоголовкой двенадцатиперстной кишки (*Ancylostoma duodenale*, *Ancylostoma braziliense*) и некатором (*Necator americanus*), которые сходны по своему строению, жизненному циклу и воздействию на человеческий организм. Источником заражения *Ancylostoma duodenale* являются больные люди, *Ancylostoma braziliense* – преимущественно собаки и кошки. Заражение происходит пищевым путем. Пути передачи некатора являются пищевой, питьевой и контактный путь (через кожу при хождении босиком).

Личинки хорошо развиваются при теплой температуре и высокой влажности почвы. При соприкосновении кожного покрова человека с почвой личинки активно проникают в организм хозяина через кожу. Затем они проникают в кровеносные сосуды и продвигаются по ним в правое предсердие, затем в легочную артерию и капилляры легочных альвеол. По дыхательным путям проникают в глотку, затем со слюной личинки заглатываются хозяином и попадают в двенадцатиперстную кишку, где происходит их дальнейшее развитие до половозрелой стадии. Через 8–10 недель после заражения из организма больного человека выделяются половозрелые яйца гельминтов. Больной человек не представляет непосредственной опасности для окружающих, поскольку в момент выделения из организма яйца не обладают инвазивной способностью. Необходимо созревание яиц гельминтов в почве. Продолжительность жизни кривоголовки достигает 4–5 лет, некатора – до 15 лет.

В большинстве случаев заболевание протекает бессимптомно. При более тяжелом течении симптоматика зависит от способа проникновения паразитов в организм. При проникновении через кожу возникает зуд и жжение кожи, различного рода высыпания. Массивная инвазия приводит к отекам конечностей. При миграции личинок через дыхательные пути возможно развитие катаральных явлений, появляются одышка, хрипы в легких, возможно развитие бронхита, плеврита, пневмонии. На более поздней стадии, при попадании в желудочно-кишечный тракт, развивается дуоденит с изжогой, отсутствием или усилением аппетита, иногда извращением вкуса (желанием есть, например,

глину), тошнотой, рвотой, болью в точках проекции печени и поджелудочной железы, нередко сопровождающейся диареей.

Характерна гипохромная железодефицитная анемия, так как анкилостома питается кровью. Зубцами она прикрепляется к стенкам слизистой оболочки кишки. На месте фиксации гельминта возникают эрозии и язвы до 2 см в диаметре, при этом могут появиться длительные кишечные кровотечения, которые и вызывают развитие железодефицитной анемии.

Происходит снижение уровня белка крови (гипоальбуминемия). Поражается центральная нервная система, появляется вялость, отставание в умственном и физическом развитии.

Диагноз ставят на основании клинического обследования и обнаружения яиц паразитов в кале и иногда в дуоденальном содержимом. Лечение проводят при помощи химиотерапевтических препаратов (назначают нафтамон [Алкопар], тиабендазол, пирантела памоат [Пирантел], для лечения анемии – препараты железа).

Для профилактики необходимо перед употреблением тщательно мыть овощи, фрукты, ягоды, нельзя пить некипяченую воду, не ходить босиком в вероятных местах загрязнения почвы фекальными массами. Для уничтожения личинок в почве на небольших участках проводят обработку поваренной солью или кипятком.

Энтеробиоз

Возбудитель – острица (*Enterobius vermicularis*), мелкий 2–12 мм круглый глист, вызывающий механическое раздражение и повреждение слизистой оболочки толстой кишки, кожи, влагалища. Продолжительность жизни – 3–4 недели. Жизненный цикл острицы начинается с оплодотворения самки в кишечнике хозяина. Самка острицы выползает из заднего прохода и откладывает яйца на коже ягодиц и бедер, приклеивая их. Человек испытывает сильный зуд и расчесывает кожу, при этом яйца острицы попадают ему на руки и под ногти. После этого они попадают на предметы, окружающие больного. Источником является человек, больной энтеробиозом. Яйца заразны через 4–6 часов. Заражение происходит при заглатывании яиц с пищей, при вдыхании с пылью. Основным признаком наличия в организме остриц является зуд в области заднего прохода.

Для диагностики используют соскоб с перианальных складок, который желательно проводить трехкратно (ежедневно или через день).

Основным в лечении, помимо антигельминтных препаратов альбендазол (Вормил), пирантела памоат (Пирантел), являются гигиенические мероприятия: тщательное мытье рук после каждого посещения туалета, коротко подстриженные ногти, частая смена белья, стирка белья в горячей воде и проглаживание всех вещей горячим утюгом, воздержание от расчесывания зудящих мест. Гигиенический режим при энтеробиозе необходимо соблюдать в течение 2–3 недель, следует носить трусы с бедренными резинками для исключения рассеивания яиц остриц. Если в семье болен один человек, лечение необходимо всем, а если в детском коллективе – лечат всех детей и персонал.

Тениоз

Возбудитель – цепень свиной, *Taenia solium*. Развитие цепня свиного происходит со сменой хозяев. Окончательным хозяином является человек, промежуточным – свинья, которая заражается

при поедании члеников или яиц гельминта. Длина глиста 1,5–4 м, число члеников – от 800 до 1000, обитает в тонкой кишке. У животных из кишок проникает в мышцы, где образует финны. Источником заражения человека тениозом служит недостаточно обеззараженное мясо свиней, содержащее финны (цистицерки). Цистицерки превращаются во взрослых паразитов в кишечнике человека, паразит начинает расти, формируя членики, и через 2–2,5 месяца достигает зрелости. Свиной цепень травмирует слизистую оболочку кишечника, продукты жизнедеятельности гельминта алергизируют организм, кроме того, он поглощает питательные вещества и витамины хозяина.

Клинические симптомы и течение: у больных наблюдаются расстройства функции кишечника – тошнота, рвота, иногда понос, схваткообразная боль в животе, потеря массы тела, возможно развитие симптомов холецистита, панкреатита. Больных беспокоит слабость, головокружение, периодическая головная боль, нарушение сна. Иногда тениоз сопровождается анемией, но нередко клинические проявления отсутствуют.

Диагностика основана на опросе пациента и выявлении члеников глистов. В передней части стробилы (тела) гельминта ширина члеников больше длины, а у зрелых члеников в конце стробилы длина всегда превышает ширину. Яйца практически не отличаются от яиц бычьего цепня.

Для лечения применяют лекарственные препараты: празиквантел (Бильтрицид) 25–40 мг/кг, дозу делят на два приема; альбендазол (Вормил) – 400 мг один раз в сутки, 3 дня подряд. Контроль осуществляют через 5 месяцев, затем еще через 1 месяц.

Контрольное исследование кала (по Берману) осуществляется каждые 2 недели трехкратно в течение первых 2 месяцев, затем в последующие 4–6 месяцев 1 раз в месяц трехкратно.

С целью профилактики цестодов не следует употреблять мясо животных, которое не прошло ветеринарное обследование и не имеет соответствующее заключение о безопасности.

Литература

1. Бодня Е.И. Проблема паразитарных болезней в современных условиях // Сучасні інфекції: Наук.-практ. часопис. – 2009. – №1. – С. 4–11.
2. Бодня К.І., Марченко В.Г., Єфіменко Т.П., Холтобіна Л.В. Схема обстеження хворих на паразитоз за клінічними показниками в практиці сімейного лікаря. Методичні рекомендації. – Х.: ХМАПО, 2005. – 24 с.
3. Бронштейн А.М., Малышев Н.А. Гельминтозы человека. – М.: Изд-во АЛЕВ-В, 2006. – 112 с.
4. Кривоустов С.П., Щербинская Е.М., Логинова Е.А. и др. Гельминтозы в клинической педиатрии: вопросы диагностики, терапии, профилактики // На допомогу педіатру. – 2011. – №4 (31). – С. 71–75.
5. Паразитарные болезни человека / Под ред. Р.Г. Лукшиной. – Харьков: Изд. Дом ИНЖЭК, 2005. – 472 с.

Проект «Післядипломне навчання на сторінках журналу «Ліки України»

Випуск 7/2011

Фах: гастроентерологія

Модератор: кафедра гастроентерології ХМАПО

Термін відправлення відповідей: протягом одного місяця з дати отримання журналу

ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВИТИ

Анкета учасника проекту «Післядипломне навчання на сторінках журналу «Ліки України»

1. ПІБ _____
Прізвище, ім'я, по батькові

2. Лікарська атестаційна категорія (на даний момент) _____

3. Професійні дані

Спеціальність _____ Звання _____ Посада _____

Останнє удосконалення (вид) _____ Останнє удосконалення (років) _____

4. Місце роботи

Повна назва закладу _____

Повна адреса закладу _____

Відомча належність (підкреслити): МОЗ, МШС, МО, СБУ, МВС, АМН, ЛОО або ін. _____

5. Домашня адреса

Індекс _____ Область _____ Район _____ Місто _____

Вулиця _____ Будинок _____ Корпус _____ Квартира _____

6. Контактні телефони

Домашній _____ Робочий _____ Мобільний _____

7. E-mail _____

Особистий підпис _____

Я, _____ (П.І.Б.), надаю свій дозвіл на обробку моїх, вказаних вище, персональних даних відповідно до сформульованої в анкеті (учасника проекту) мети

_____ Ваш підпис

Надсилати лише оригінали тестів

Правила відповідей на тести:

Позначаєте правильну відповідь на запитання.

Ви можете вказати один або декілька правильних варіантів відповідей.

Журнал «Ліки України» Ви і Ваші колеги можуть придбати:

1. Шляхом передплати через Укрпошту (передплатний індекс 40543).

2. На медичних заходах, де представлено журнал «Ліки України».

3. За сприяння представників фармацевтичних компаній, з якими Ви співпрацюєте.

Тестовые вопросы для самоконтроля

- К геогельминтам относятся:**
 - а) острица и ришта;
 - б) ришта и власоглав;
 - в) власоглав и аскарида;
 - г) аскарида и трихинелла.
- Первичным «хозяином» аскариды является:**
 - а) кошка;
 - б) собака;
 - в) свинья;
 - г) человек.
- Заражение человека аскаридами происходит при:**
 - а) случайных повреждениях кожного покрова;
 - б) вдыхании яиц паразита с пылью;
 - в) заглатывании яиц паразита с пищей;
 - г) повреждении слизистой оболочки полости рта.
- Что не характерно для клинических проявлений аскаридоза:**
 - а) общая интоксикация;
 - б) гипертермия;
 - в) кишечная непроходимость;
 - г) холецистохолангит.
- Созревание яиц аскариды до состояния возможного заражения человека происходит:**
 - а) в кишечнике человека;
 - б) при квашении овощей;
 - в) в почве;
 - г) в сыром молоке.
- Обнаружение яиц гельминта в соскобе из перианальных складок указывает на заражение:**
 - а) аскаридозом;
 - б) трихоцефалезом;
 - в) энтеробиозом;
 - г) стронгилоидозом.
- Возбудитель тениаринхоза:**
 - а) карликовый цепень;
 - б) бычий цепень;
 - в) свиной цепень;
 - г) лентец широкий.
- Аутоинвазия возможна при:**
 - а) тениозе;
 - б) гименолепидозе;
 - в) дифиллоботриозе;
 - г) эхинококкозе.
- Инвазионной стадией бычьего цепня для человека является:**
 - а) яйцо;
 - б) корацидий;
 - в) процеркоид;
 - г) финна.
- Место локации в организме человека половозрелой формы кривоголовки:**
 - а) двенадцатиперстная кишка;
 - б) толстый кишечник;
 - в) кровь;
 - г) желчные ходы печени.
- У человека для диагностики кишечного шистосомоза на наличие яиц исследуют:**
 - а) мокроту;
 - б) фекалии;
 - в) мочу;
 - г) дуоденальное содержимое.
- Биогельминтами являются:**
 - а) кривоголовка и аскарида;
 - б) аскарида и ришта;
 - в) печеночный сосальщик и трихинелла;
 - г) трихинелла и власоглав.