

ДИАГНОСТИКА ЭНТЕРОБИОЗА У РЕБЁНКА. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

БЕДИН П. Г., ВОЛКОВА М. П., *ВЕЖЕЛЬ О. В., **БОРЕЛЬ М. И.,
КИСЕЛЬ Н. В., *КРИВЕЦКИЙ Д. С., *ЧЕРЕВАНЬ Е. Л.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
*УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница»,
**ГУ «Гродненский зональный центр гигиены, эпидемиологии»,
***ГУЗ «Гродненское областное клиническое патологоанатомическое
бюро», Гродно, Беларусь

Введение. Паразитарные заболевания и в XXI веке остаются одним из самых частых видов патологии и представляют собой медико-социальную проблему. Каждый человек в течение жизни неоднократно переносит различные паразитарные заболевания. В детском возрасте паразитозы встречаются чаще. Глистная инвазия у детей широко распространена в популяции, пораженность детей, посещающих детские дошкольные учреждения достигает до 35%. Многие исследователи отмечают связь широкой распространенности паразитозов у детского населения с развитием функциональной патологии органов пищеварения на фоне нарушений регуляции и высокий риск формирования хронических заболеваний даже при условии естественной санации ребенка с течением времени. Имеют значение и периоды транзиторного ослабления иммунной защиты слизистых оболочек пищеварительного тракта. Пики выявленных паразитарных заболеваний у детей отмечаются в возрасте 2-3 года, в 4-7 лет, в 10-14 лет. Для этих периодов жизни ребенка характерна напряженность процессов адаптации и уменьшение резервов защиты наряду с интенсивным влиянием окружающей среды. Иммунную защиту желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) ребенка можно условно разделить на специфическую и неспецифическую. К неспецифической защите относят комплекс условий нормального пищеварения: зрелость ферментативных систем, обеспечение кислотно-щелочного градиента в различных отделах ЖКТ, деятельность нормальной микрофлоры, адекватную моторику. Специфическая защита слизистой оболочки органов пищеварения зависит от возраста ребенка и его

зрелости. Этот механизм представлен прежде всего эозинофилами крови и иммуноглобулином E. Классический развернутый антипаразитарный ответ может быть сформирован у ребенка не ранее достижения им 4 лет и тесно связан с качеством и количеством IgE, созревающего к этому возрасту. При контакте организма с паразитом в первую очередь выделяются медиаторы воспаления: интерлейкин, лейкотриен C₄, D₄, простагландины, тромбоксаны. Увеличивается количество лимфоцитов, продуцирующих IgM и IgG. В клиническом анализе крови отмечается рост уровня эозинофилов и базофилов, связанный с увеличением содержания этих клеток в тканях инвазированного органа. Встречаясь с личинками паразита, тканевые базофилы выделяют гепарин и гистамин, которые в сочетании с лейкотриенами и другими медиаторами воспаления вызывают общие проявления: зуд, реактивный отек, гиперемию, а также могут спровоцировать общие проявления: бронхоспазм, проявления крапивницы или диарею. Аллергическое воспаление при паразитозах развивается по классическому пути и призвано создать условия, приводящие к гибели и/или элиминации паразита [5]. Вместе с тем эозинофилы обладают выраженным цитотоксическим потенциалом, превышающим возможности других клеток крови, что объясняет первостепенное значение эозинофилов в антипаразитарных реакциях и их повреждающую роль при аллергии. Основное действие эозинофилов оказывают в барьерных тканях. В очаге инвазии они дегранулируют, оказывая гельминтотоксическое и цитотоксическое действие. Белки эозинофильных гранул (большой основной протеин, эозинофильная пероксидаза, эозинофильный катионный протеин, эозинофил-производный нейротоксин) токсичны не только для паразита, но и для клеток организма ребенка. Еще одной из важных причин системных и органных поражений, сопутствующих паразитозам, является образование иммунных комплексов [1, 2]. Местное влияние паразиты осуществляют, вызывая контактное воспаление слизистой оболочки и стимулируя вегетативные реакции. При этом нарушаются процессы кишечного всасывания, адекватная моторика ЖКТ и его микробиоценоз. В 75,3% случаев паразитозы сопровождаются разнообразными функциональными нарушениями со стороны

ЖКТ. Рядом работ доказано, что паразитарная инвазия способна вызывать нарушения углеводного обмена, а также дисахаридазную недостаточность за счет снижения уровня лактазы [1, 3]. Очень частым паразитозом у детей является энтеробиоз. Энтеробиоз характеризуется тем, что при большой разрешающей дозе зрелых яиц на 3–5е сутки развиваются тошнота, рвота, боль в параумбиликальной области, появляется жидкий стул. Симптомы хронической стадии неспецифичны: снижение аппетита, диспепсия, признаки полигиповитаминоза, дефицит массы тела и др. Прикрепляясь к слизистой оболочке толстой кишки, острицы ее повреждают и вызывают воспалительную реакцию, в стенке кишечника возникают точечные кровоизлияния и некрозы. Острицы могут внедряться в слизистую оболочку кишки. Патологоанатомические изменения стенки кишечника при энтеробиозе определяются интенсивностью инвазии. Острица – один из наиболее иммуносуппрессирующих организм человека гельминтов [4, 5]. Хронический колит – одно из наиболее распространенных заболеваний у детей, в основе которого лежат воспаление и дистрофия слизистой оболочки с функциональным расстройством толстой кишки. С позиций современных знаний хронический неязвенный колит рассматривают как клинкоморфологический феномен, характеризующийся свойственными заболеваниями кишечника болевым и диспептическим синдромами с морфологически определяемыми признаками дистрофии эпителия, уменьшением глубины крипт и развитием лимфоплазматической инфильтрации разной степени выраженности. Существенное место в этиологии хронического неспецифического неязвенного колита играют перенесенные кишечные инфекции и паразитарные инвазии. Как правило, это сочетается с нарушениями режима и характера питания.

Цель – описать случай необычной диагностики энтеробиоза.

Материалы и методы. Анализ истории болезни, истории развития ребёнка форма 112-у.

Результаты и обсуждение. Девочка Н.В. 2010 года рождения поступила с жалобами на боль в животе в околопупочной области, слабость. Считает себя больной с апреля

месяца. Физическое развитие среднее гармоничное. В анамнезе – простудные заболевания, семейный анамнез не отягощён. Стационарно проходила обследование и лечение в педиатрическом отделении районной больницы, где был установлен диагноз «Острый мезаденит. Дискинезия желчевыводящих путей. Двусторонняя пиелозктазия». Из анамнеза известно, что одновременно с развитием жалоб у девочки в семье наблюдался случай неуточнённой респираторной инфекции. По поводу мезаденита получила 7 дневный курс антибактериальной терапии цефалоспориновым антибиотиком 3 поколения, пробиотики, физиолечение. Ввиду отсутствия улучшения была направлена в областной стационар. При поступлении объективно установлена локальная умеренная болезненность в околопупочной области, правом подреберье. При пальпации отмечалось урчание в области слепой и начальной части восходящей ободочной кишки. Нормотермия. Изменений со стороны дыхательной системы, периферических лимфоузлов не было обнаружено. В стационаре были проведены УЗИ забрюшинного пространства, органов малого таза и брюшной полости (без патологии), ФГДС (эритематозно-диффузная гастропатия, Нр-), копроовоцистоскопия и энтеробиоскопия (яйца гельминтов не обнаружены), копрограмма (незначительная амило и креаторея), диастаза мочи (активность – в пределах референсных значений), биохимический анализ крови (печёночный профиль – без отклонений, СРБ – 0,5мг/л), антитела к сахаромикетам – отрицательные. Однако в кале была выявлена скрытая кровь с помощью ИФА анализа на гемоглобин человека. Кроме того, была диагностирована лактазная недостаточность. Гистологически в биоптате слизистой оболочки желудка определялся хронический слабо выраженный неактивный антральный без признаков метаплазии гастрит. Был выполнен тест на кальпротектин кала. После получения положительного результата была выполнена колоноскопия после соответствующей подготовки. Во время проведения осмотра кишечника были обнаружены и извлечены 2 особи круглых червей в количестве длиной около 1 см. Кишечник был осмотрен до купола слепой кишки. В просвете каловые массы отсутствовали. Визуально была выявлена очаговая гиперемия на

уровне нижней трети сигмовидной и всём протяжении прямой кишки. Других изменений обнаружено не было. Во время нахождения в стационаре девочка получала нифуроксазид, омепразол, физиолечение. После проведения фиброколоноскопии был назначен мебендазол по стандартной схеме. Через 1 месяц после выписки пациентка была осмотрена повторно. Значимая клиническая динамика отсутствовала. Сохранялись жалобы на приступообразную несвязанную с едой боль в животе, слабость. Гистологически был выявлен слабо выраженный хронический атрофический колит. Таким образом, нами диагностирован случай колита, вероятно индуцированного кишечным паразитозом. Обращает на себя внимание процесс диагностики энтеробиоза и метод с помощью которого был установлен диагноз.

Выводы. Проблема паразитарных заболеваний кишечника остаётся актуальной в практике врача-педиатра. Даже неоднократный отрицательный результат паразитологического исследования перианального соскоба и фекалий не может достоверно гарантировать отсутствие инвазии ввиду неравномерного выделения яиц паразитами.

Литература:

1. Клиническая паразитология : руководство / Под общ. ред. А. Я. Лысенко. – Женева: ВОЗ, 2002. – 752 с.
2. Особенности терапии при паразитарных инвазиях у детей / Л. И. Васечкина [и др.] // Лечащий врач. – 2013. – № 10. – С. 11–18.
3. Александрова, В. А. Сравнительная характеристика диагностики и лечения гельминтно-протозойных инвазий у детей на современном этапе / В. А. Александрова, В. Е. Одинцева // Лечащий врач. – 2010. – № 8. – С. 25–30.
4. Паразитарные инвазии в практике врача-педиатра / И. Б. Ершова [и др.] // Здоровье ребенка. – 2006. – № 3. – С. 107–111.
5. Бодня, Е. И. Роль паразитарных инвазий в развитии патологии органов пищеварения // Сучасна гастроентерологія. – 2006. – № 3 (29). – С. 56–62.
6. Классификационные морфологические характеристики хронического неспецифического неязвенного колита у детей / Ю. В. Белоусов [и др.] // Международный медицинский журнал. – 2004. – Т. 10, № 2. – С. 29–31.