

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГИМЕНОЛЕПИДОЗА

Болтаева М.А., Таджиев Б.М., Даминова М.Н.

Ташкентский Государственный Медицинский Университет,
Узбекистан, г.Ташкент

Актуальность. В настоящее время вопрос о влиянии климата и его колебаний на здоровье людей стал одним из центральных как в области собственно медицинской экологии, так и во всей современной общей экологии человека, или антропоэкологии. Если же смотреть значительно шире и глубже, то вопрос связи состояния здоровья людей и климата как составной части окружающей среды является основополагающим в формировании наших научных представлений и прогнозов о возможностях дальнейшей жизни человека. Гименолепидоз относится к наиболее широко распространенным гельминтозам человека, представляет собой одну из актуальных проблем для практического здравоохранения, в связи с несовершенством комплекса оздоровительных мероприятий. Особенности механизма передачи гименолепидоза (контагиозный гельминтоз) делают его трудно контролируемым заболеванием. Он даже в сравнительно благополучной гигиенической обстановке распространен весьма широко. Повсеместное снижение иммунного статуса среди детей, с одной стороны, и приобретение возбудителями резистентности к антигельминтикам, с другой стороны, способствует тому, что клиническая картина гименолепидоза претерпевает изменения. Одни симптомы ослабевают или вовсе затухают, вместо них возникают другие симптомы. В результате этого своевременная и достоверная клиническая диагностика гименолепидоза и особенно дифференциация его основных форм со стороны практических врачей осложняется.

Целью данной работы изучение клинических форм гименолепидоза среди детского населения.

Материалы и методы. Работу проводили среди 65 детей с манифестной и 35 детей с субклиническими формами гименолепидоза в возрасте 4–15 лет, выявленных при паразитологическом обследовании. В результате неоднократных наблюдений и обследований, подробных расспросов детей и их родителей фиксировали клинические симптомы разных форм гименолепидоза. Диагностику гименолепидоза проводили методом копроовоскопии. Забор испражнений осуществляли 3-кратно с интервалом 2–

3 недели из-за особенностей цикла развития возбудителя гименолепидоза – карликового цепня. Причем необходимо исследовать свежий материал (утренний забор кала). Статистический анализ данных осуществлялся с помощью программы электронных таблиц microsoft excel, которые были сформированы в соответствии с запросами проводимого исследования.

Результаты и их обсуждение. Принято для суждения о состоянии оказания квалифицированной медицинской помощи при паразитарных инвазиях судить по возрастному распределению заболеваний среди детей. Мы также воспользовались этим способом и выявленных детей с гименолепидозом распределили по возрастным группам. Так, удельный вес гименолепидоза в разных возрастных группах примерно одинаковый и варьирует от $19,0 \pm 3,9$ до $31,4 \pm 7,8$ % ($\chi^2 = 2,50$; $p > 0,05$). Однако настораживает довольно высокий показатель среди детей в возрасте менее 4 лет ($19,0 \pm 3,9$ %), что связано с контактным механизмом передачи. Показатели манифестной клинической формы гименолепидоза также не имеют выраженной возрастной приуроченности и варьируют от $21,5 \pm 5,1$ до $30,8 \pm 5,7$ % ($\chi^2 = 3,36$; $p > 0,05$). Хотя данная форма, по мере увеличения возраста детей должна повышаться в связи с накоплением возбудителей, кроме того, при данной форме слишком высок показатель среди детей в возрасте до 4 лет ($21,5 \pm 5,1$ %). Сказанное в полной мере относится к субклинической форме гименолепидоза, варьирующей от $12,3 \pm 5,5$ до $31,4 \pm 7,8$ ($\chi^2 = 0,36$; $p > 0,05$). Отсюда очевиден факт имеющихся изъянов в диагностировании гименолепидоза, особенно в дифференциации их клинических форм. На основании этого состояние оказания гельминтологической помощи детей в целом можно оценить как удовлетворительное. Такие симптомы, как регулярные острые боли в животе в результате травматизации слизистой оболочки стенок кишечника крючьями внедренного паразита, субфебрильная температура тела (обычно отмечается повышение до $37,5^\circ \text{C}$, реже до $38,0^\circ \text{C}$), умеренно выраженная нормо- и гипохромная анемия (отмечается снижение уровня гемоглобина в крови до 100 г/л и меньше), умеренное увеличение печени и пр., наблюдались с высокой частотой у многих детей – от $65,7 \pm 8,1$ до $83,1 \pm 4,7$ % ($\chi^2 = 3,87$; $p < 0,05$). При манифестной форме к таким симптомам относятся эпилептиформные судороги, частая диарея с примесью крови, дисбактериоз, которые были зафиксированы у большинства детей – от $67,7 \pm ,8$ до $87,7 \pm 4,1$ % случаев ($\chi^2 = 7,50$; $p < 0,01$). Встречаемость этих симптомов при субклинической форме намного меньше ($\chi^2 = 7,16$; $p < 0,01$), и поэтому значимость их в диагностическом отношении невелика – от $8,6 \pm 4,8$ до $40,0 \pm 8,4$ % ($\chi^2 = 9,40$; $p < 0,01$).

Достоверно часты при манифестной форме и следующие симптомы – астенонев-ротический синдром: общая астения, головная боль, головокружение – от $41,5 \pm 6,2$ до $55,4 \pm 6,2$ % ($\chi^2 = 2,49$; $p > 0,05$). Он

заметно меньше при субклинической форме ($\chi^2 = 0,86$; $p > 0,05$) – от $17,1 \pm 6,5$ до $34,3 \pm 8,1$ % ($\chi^2 = 1,14$; $p > 0,05$).

Специфичные, диагностически значимые симптомы характерны и для субклинической формы гименолепидоза. Так, среди детей очень часты симптомы – наличие снижения веса, кожный зуд, потеря аппетита, неустойчивый стул – от $60,0 \pm 8,4$ до $91,4 \pm 4,8$ % ($\chi^2 = 9,40$; $p < 0,01$). Частота этих симптомов при манифестной форме была меньшей, и поэтому они в диагностическом отношении мало пригодны ($\chi^2 = 7,16$; $p < 0,01$) – от $9,2 \pm 3,6$ до $32,3 \pm 5,8$ % ($\chi^2 = 10,52$; $p < 0,01$). Особенно следует остановиться на наиболее часто встречаемом объективном симптоме этой формы – спазмы в животе, представляющие собой острые приступы с перерывами в несколько дней или постоянная тупая ноющая боль, которая встречается у $94,3 \pm 4,0$ % детей.

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