

1. Баранов А.А. Глубоко недоношенные дети как биоэтическая проблема / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, С.Я. Волгина // Российский педиатрический журнал / 1999 – № 1 – С. 29-32

2. Емельянова А.С. Выживаемость и развитие маловесных детей: автореф. дис. канд. мед.наук /А.С. Емельянова / Воронеж – 2004

3. Приказ МЗ РФ № 1687-н от 27 декабря 2011 г. «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке ее выдачи»

УДК 616-095.053

**А.В. Стебивка, Е.И. Манжурова, О.Н. Качанова,
А.П. Смолина, А.А. Мубаракзянов, В.Л. Зеленцова
АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЛИСТНО-ПАРАЗИТАРНОЙ ИНВАЗИИ
У ДЕТЕЙ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП**

Кафедра детских болезней лечебного факультета
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**A.V. Stebivka, E.I. Manzhurova, O.N. Kachanova,
A.P. Smolina, A.A. Mubarakzyanov, V.L. Zelentsova
INDICATORS OF HELMINTH PARASITIC INFESTATION IN
CHILDREN**

Department of children's diseases medical faculty
Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russian Federation

Контактный E-mail: stebivka.anyuta@yandex.ru

Аннотация. В статье приведен анализ особенностей течения глистно-протозойных инвазий у детей различных возрастных групп. Изучена структура заболеваемости, выяснены обстоятельства первичной диагностики инвазий, проведена статистическая обработка полученных данных.

Annotation. The article presents the analysis of the characteristics of helminth-protozoan infestations in children of different age groups. The structure of the incidence, clarified primary diagnosis of invasions, carried out statistical processing of the obtained data.

Ключевые слова: дети, глистно-паразитарные инвазии, скрытые проявления, сложность диагностики.

Keywords: children, parasitoses, the hidden manifestations, the difficulty in diagnosing.

Паразитозы – группа широко распространённых заболеваний, вызываемых паразитами, которые временно или постоянно живут за счет макроорганизма-хозяина. Патогенное влияние паразитов на организм человека определяется механическим травмирующим действием на ткани и органы, нарушением обменных процессов, токсико-аллергическим воздействием секретов и экскретов гельминтов, а также продуктов их распада [8].

Характер течения заболевания зависит от особенностей самого паразита, интенсивности инвазии, путей поступления возбудителя в организм, последующей миграции возбудителя, его локализации и соотношения между защитными и повреждающими факторами [7]. В педиатрической практике наравне с гельминтозами (круглые черви: аскариды, острицы, филярия, власоглав, стронгилоиды, анкилостомиды, трихинеллы; плоские черви: трематоды, описторх, клонорх, фасциолы, шистосомы, цестоды и ленточные глисты - бычий и свиной цепни, карликовый цепень, широкий лентец, эхинококк) встречаются протозоозы (возбудителями являются простейшие - амебы, лямблии, хламидии, трихомонады), микозы, бактериальные инфекции и заболевания, вызванные членистоногими. В последние годы в России ежегодно регистрируется порядка 1 млн больных гельминтозами, 70–90% из них – дети и подростки, причем ведущее место здесь занимают энтеробиоз и аскаридоз. На Урале среди детей, посещающих дошкольные и школьные детские учреждения, зараженность глистами близка к 80% (2014 г.) [2,8]. Важность проблемы гельминтозов объясняется их высокой распространенностью и значительным влиянием на состояние здоровья детей, а также анатомо-физиологическими особенностями детского организма и познанием мира через проприорецепцию. Как правило, заражение происходит следующими путями:

1. алиментарным: пищевым - в результате заглатывания яиц гельминтов и цист простейших (дизентерия) с немытыми овощами, а также при употреблении мяса промежуточных хозяев, содержащих личинки гельминтов; водным - при употреблении воды из водоёмов, в которых содержатся личинки паразитов (лямблиоз);

2. контактно-бытовым (через предметы домашнего обихода, от зараженных членов семьи, домашних животных);

3. трансплацентарным (характерен для нематод) [3].

Дети чаще и легче заражаются различными паразитами, нередко одновременно несколькими. Такие полиинвазии, или микст-инфекции, можно объяснить не только неблагоприятной эпидемиологической обстановкой и поздней диагностикой первичных инвазий, а также определенным симбиозом между различными видами паразитов [1,9].

Цель исследования – изучение особенностей течения глистно-протозойных инвазий у детей различных возрастных групп города Нижнего Тагила за 2014 год.

Задачами исследования явились: изучение структуры заболеваемости; описание клинических проявлений; выяснение обстоятельств первичной диагностики инвазий; статистическая обработка полученных данных.

Материалы и методы исследования

Ретроспективный анализ глистно-протозойных инвазий по г. Н. Тагилу проводился на основе данных ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии по Свердловской области» и формы №112/у у детей с выявленными случаями ГПИ за изучаемый период (2014 г.). Все исследуемые пациенты по возрасту были разделены на 5 групп: 1). От 0 лет до 11 мес.; 2). От 1 года до 2 лет 11 мес.; 3). От 3 лет до 6 лет 11 мес.; 4). От 7 лет до 13 лет 11 мес.; 5). От 14 лет до 17 лет 11 мес. Количественно выборка представлена 613 случаями моно- и полиинвазивных заболеваний во всех возрастных группах детского населения. Работа осуществлялась с помощью программного средства ПС «АРМ-эпид». Расчет статистических данных производился при помощи программы Microsoft Windows 8-MS Excel.

Результаты исследования и их обсуждение

В данной работе представлена достоверная информация по гельминтозам (аскаридоз, энтеробиоз, описторхоз, токсокароз, эхинококкоз) и протозоозам (амебиаз, бластоцистоз, лямблиоз). Данные наиболее часто встретившихся возбудителей среди разных возрастных групп представлены в табл. Дети были обследованы при различных обстоятельствах: при профилактическом обследовании (50,73%); при самостоятельном обращении при наличии жалоб (38,17%); в ходе стационарного лечения по поводу основного заболевания (7,34%); при обследовании по эпидемиологическим показаниям (1,79%). При каждом из выделенных заболеваний были обнаружены следующие синдромы:

- интоксикационный синдром с астеновегетативными проявлениями (тошнота, рвота, повышение температуры, слабость, вялость, апатия, повышенная утомляемость, головокружение);
- болевой абдоминальный синдром;
- синдром мальабсорбции (нарушение аппетита, тошнота, рвота, метеоризм, нарушение стула - чаще понос);
- анемический синдром (по лабораторным данным: снижение уровня гемоглобина, бледность кожных покровов и слизистых оболочек, дизосмия, пикацизм).

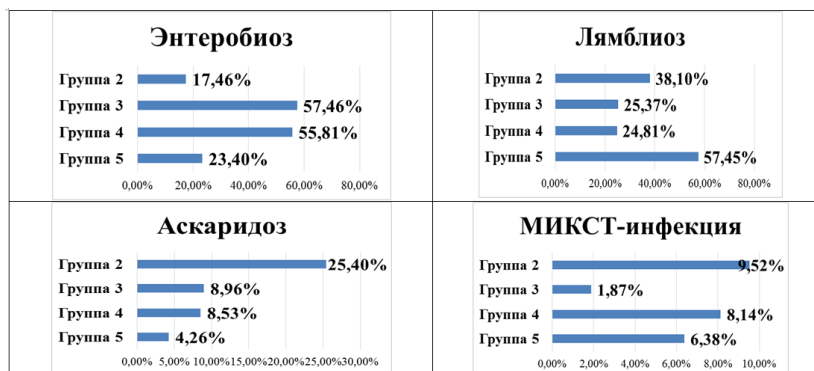


Рис. Структура заболеваемости по возбудителю

1. Энтеробиозом чаще всего страдают дети в возрасте от 3 до 6 лет. Заражение происходит в связи с активным познанием мира через проприорецепцию, а также в результате повторного самозанесения возбудителя при несоблюдении правил гигиены, при этом источником инфекции является больной человек.

2. Лямблиозу наиболее подвержены дети в возрасте 14-17 лет, хотя для этого возрастного периода данное заболевание не характерно. Заражение происходит алиментарным или контактным путем.

3. Частота встречаемости аскаридоза наиболее высока среди детей до 3-х лет.

4. Для первой группы пациентов оказалось характерно отсутствие микст-инфекций при наличии *Lamblia intestinalis*, *Thoxocaracanis* и *Enterobiusvermicularis*. При этом клинические проявления наблюдались лишь в 1 случае из 3-х, что объясняет низкую частоту самообращений за мед.помощью в целом. Данная группа не представлена на графиках, вследствие недостаточного для анализа количества пациентов.

Выводы:

1. Проблема микст-инфекций, когда ребенок заражен 2 и более видами паразитов, в целом во всех возрастных группах у детей отмечается в 5,8% случаев, при этом наиболее часто встречается в школьном возрасте, вследствие несоблюдения гигиенических требований. Среди полиинвазий чаще других выделяются такие сочетания как энтеробиоз + лямблиоз, энтеробиоз + аскаридоз, аскаридоз + трихоцефалез; энтеробиоз + лямблиоз + токсокароз.

2. Клинические проявления, зачастую, при глистно-протозойных инвазиях протекают без явных проявлений с малоспецифичной симптоматикой (88,2% случаев) и диагностируются либо случайно при профилактических обследованиях (51,8%), либо при обращении за медпомощью (37,2%).

3. Как правило, в большей степени инвазиям подвержены организованные дети - посещающие дошкольные и школьные учреждения. Всего за 2014 г. поражённость детей паразитами составила:

- 49,5 % детей, посещающих ДДУ,
- 49,7 % школьников.

Литература:

1. Васечкина Л.И. Особенности терапии при паразитарных инвазиях у детей / Л.И. Васечкина, Т.К. Тюрина, Л.П. Пелепец, А.В. Акинфиев // Лечащий врач № 10 / 2013

2. Киселев В.С. Распределение паразитарной заболеваемости по территории Российской Федерации / В.С. Киселев, Е.С. Белозеров, Е.И. Змушко / Интернет-источник [Электронный доступ: <http://www.rusmedserv.com/misc>] (дата обращения 22.02.2014)

3. Матвеев О.В. Морфофункциональные особенности слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта у детей при лямблиозной инвазии / О.В. Матвеев // Автореферат на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Саратов – 2013

4. Образцов А.С. Проявления глистно-протозойной инвазии у детей с острой и хронической крапивницей / А.С. Образцов, В.А. Филин, П.М. Цветков, М.И. Ушакова, М.В. Красавин // Материалы XIV Конгресса детских гастроэнтерологов России

5. Печкуров Д.В. Случай поздней диагностики диссеминированного эхинококкоза брюшной полости и малого таза у девочки 11 лет / Д.В. Печкуров, Д.В. Быков, М.А. Прилепина // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского / № 1 – 2013 – С.161–162

6. Римарчук Г.В. Принципы терапии паразитарных инвазий у детей / Г.В. Римарчук, Л.И. Васечкина, Л.П. Пелепец, Т.К. Тюрина, О.В. Москалец / Триада – 2011

7. Файзуллина Р.А. Гельминтозы в детском возрасте / Р.А. Файзуллина Р, Е.А. Самороднова, В.М. Доброквашина // Практическая медицина № 42 / 2010

8. Чилингарян Л.Б. Влияние глистной инвазии кишечника на рецидивирование токсико-аллергического кератита у детей / Л.Б. Чилингарян, Д.Ю. Майчук, И.А. Пронкин, А.Р. Григорян // Офтальмохирургия №1 / 2012

9. Юлиш Е. И. Клиника, диагностика, лечение и профилактика гельминтозов у детей / И.Е. Юлиш // Новости медицины и фармации – № 11-12 / 2011 – С. 371–372

УДК 616.34-008.13

М.А. Фомина, Г.В. Федотова, И.В. Вахлова
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С
СИНДРОМОМ КОРОТКОЙ КИШКИ, ПЕРЕНЕСШИХ РЕЗЕКЦИЮ
УЧАСТКА КИШКИ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ

Кафедра госпитальной педиатрии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

M.A. Fomina, G.V. Fedotova, I.V. Vakhlova
CLINICO - LABORATORY CHARACTERISTICS OF CHILDREN WITH
SHORT BOWEL SYNDROME, RESECTION SITE INTESTINE DURING
THE FIRST YEAR

Department of hospital pediatrics
Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russian Federation