

Паразитарные инвазии у детей

Лекция для студентов

IV курса

предмет «педиатрия»

дистанционное обучение

Д.м.н., профессор Куимова Ирина
Валентиновна

Цель лекции:

Научить определять основные клинико-лабораторные критерии диагностики паразитарных инвазий у детей для выбора тактики и стратегии дегельминтизации

Гельминты – паразитические черви
способные вызывать патологические
реакции в организме человека



- I. Класс Nematoda Rudolphi - нематоды (круглые черви)
- II. Класс Cestoidea Rudolph i-цестоды (ленточные черви)
- III. Класс Trematoda Rudolphi- трематоды (сосальщики)



Особенности жизненного цикла определяют 3 группы гельминтов:

1. Геогельминты
2. Биогельминты
3. Контагиозные гельминты

Определяющие компоненты гельминтозного процесса:

1. Онтогенетическое развитие
гельминтов в организме хозяина
(эндоэкология)
2. Взаимоотношение гельминтов с
органами и тканями хозяина
3. Реакции со стороны хозяина – суть
гельминтологического процесса

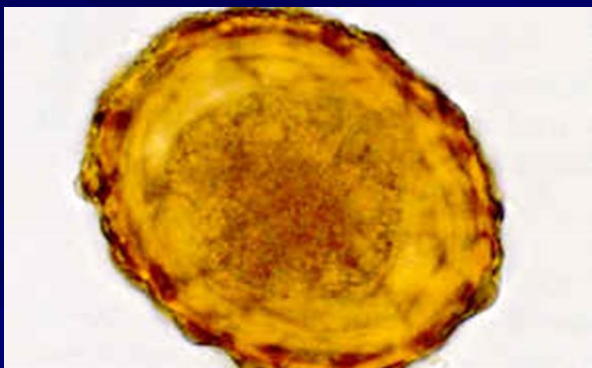
Варианты клинических проявлений при гельминтозах

1. Латентно (бессимптомно)
2. Субклинически
3. Клинически манифестировано

Методы лабораторной диагностики паразитозов:

- 1. Микро-макроскопические
- 2. Инструментальные (Р-грамма, КТ, МРТ, УЗИ, цистоскопия)
- 3. Серологические:
 - а. в качестве основных (токсокароз, трихенеллез, эхинококкоз)
 - б. в качестве дополнительных (описторхоз, лямблиоз, трихомониаз)
- 4. Молекулярно-биологические – ПЦР (малярия, амебиаз, трипаносомоз). В России сертифицированных тест-систем нет.

Аскаридоз



Неоплодотворенное яйцо
аскариды



Оплодотворенное яйцо
аскариды



Клиника: от бессимптомной до выраженной

Острая фаза:

- Общеинфекционный с-м
- Аллергический

Кишечная, хроническая фаза:

- Абдоминальный с-м
- Неврологический

Осложнения:

- Непроходимость
- Заползание аскарид в желчный пузырь, желчные протоки (желтуха, холангит и т.д), протоки поджелудочной железы
- Миграция через печеночные вены в кровоток→правая половина сердца, легочный ствол →смерть
- Перфорация кишечника
- Миграция через пищевод в глотку

Диагностика : копроовоскопия

Лечение:

- Левамизол (декарис) 2,5 мг на кг массы тела однократно.
- Альбендазол 200мг и 400 мг однократно
- Пирантел 10 мг на кг однократно
- Медамин 10 мг на кг в сутки в 3 приема в течение 3 дней
- Назначение мебендозола (вермокса) провоцирует активность паразитов

Контроль: через 2 недели после лечения и через 4 недели

Энтеробиоз

Возбудитель-*Enterobius vermiculris*



Клиника:

Зуд и жжение в перианальной области

Осложнения:

- Неврологические расстройства
- Трещины в перианальной области, вторичное инфицирование
- Заползание остриц в мочеполовые органы
- Перфорация кишечника

Лечение:

- Пирантел 10 мг на кг однократно
- Мебендазол 100мг однократно
- Альбендазол 400 мг однократно
- Повтор через 2 недели
- При высокой интенсивности инвазии в детских учреждениях (более 30%)- лечение всех детей и персонала + членов семей

Контроль:

Через 3 недели после лечения-3х кратное обследование с интервалом 3 дня

Токсокароз

Паразитарное заболевание, вызываемое миграцией личинок аскаридат животных семейства псовых (*t. canis*) или кошек (*t. mystax*), характеризующееся длительным рецидивирующим течением и полиорганным поражением аллергической природы.

Половозрелые токсокары – круглые черви от 4х до 20 мм.

Обитают в тонком кишечнике и желудке животных. Интенсивность заражения последних может быть очень высокой



Клинические формы токсокароза:

1. висцеральная

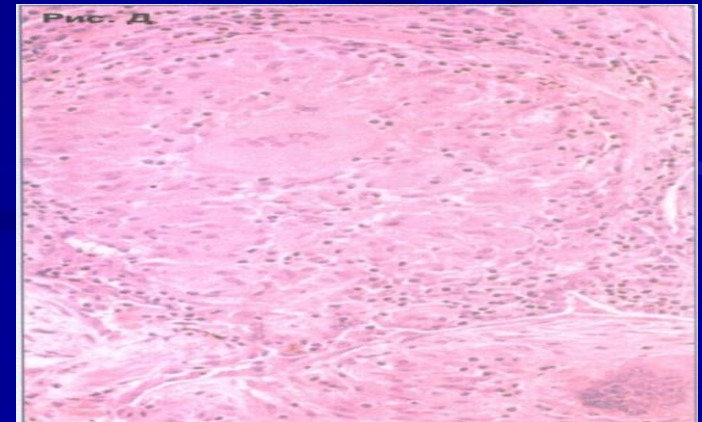
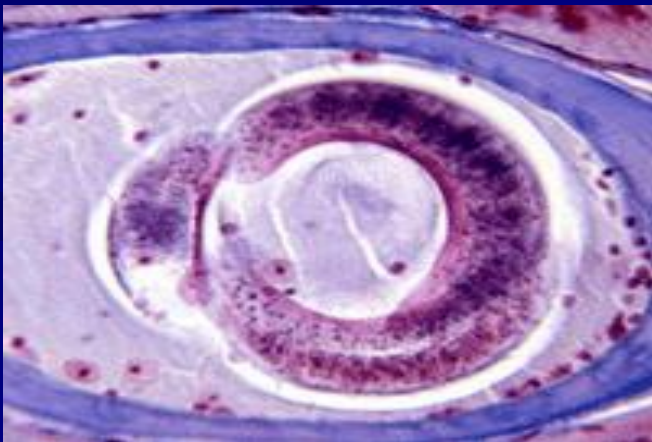
2. глазная

■ Висцеральная форма

Сенсибилизация организма а/г токсокар.

Развитие аллергических реакций
немедленного и замедленного типа.

Морфологически- гранулематозное
воспаление



Клиника определяется интенсивностью инвазии, распределением личинок в органах и тканях, частотой рецидивов и особенностями иммунного ответа

- Интоксикация
- Легочный синдром
- Гепатоспленомегалия
- Гиперэозинофилия
- Кожный синдром
- Поражение ЦНС



Редко:

- Миокардит
- Панкреатит
- Поражение щитовидной железы и др. органов

Глазной токсокароз

Существует гипотеза об избирательном поражении глаз у лиц с низкой интенсивностью инвазии, при которой не развивается достаточно выраженная иммунологическая реакция из-за слабого а/г раздражения

Клиника

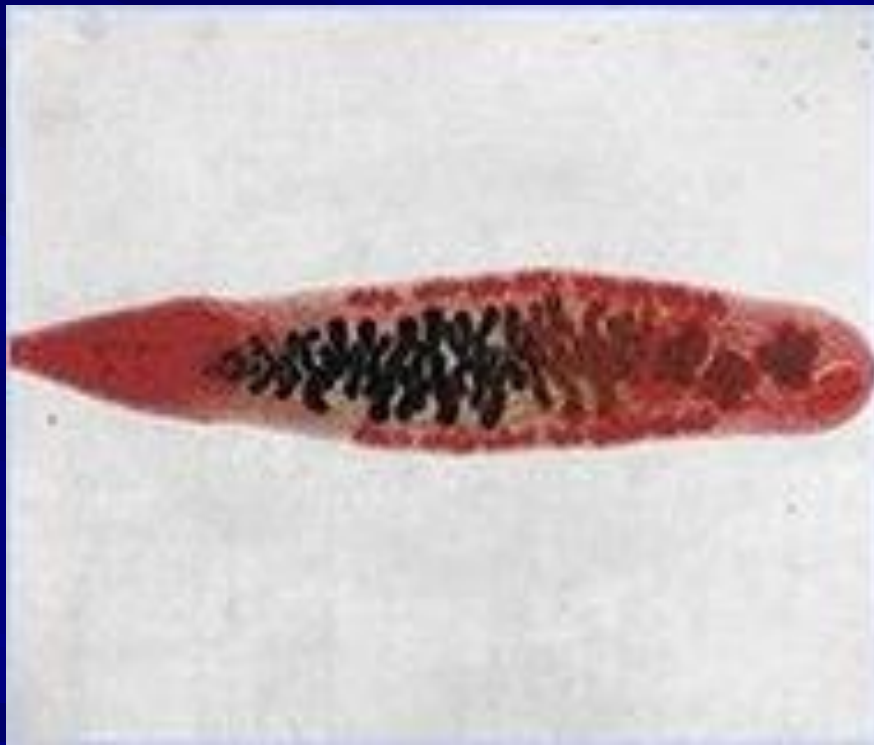
- Чаще одностороннее поражение
- Резкое снижение зрения, вплоть до слепоты
- Сетчатка, хрусталик, стекловидное тело и др.отделы глаза
- Кровоизлияния, иридоциклит, кератит

Лечение токсокароза

- Немозол 400 мг х 2 раз в сутки. Курс 3-5 дней
- Диэтилкарбамазин, 2 мг/кг
Х 3 раза, курс 7-10 дней
- Мебендазол 100-200 мг х2 раза, курс 5 дней

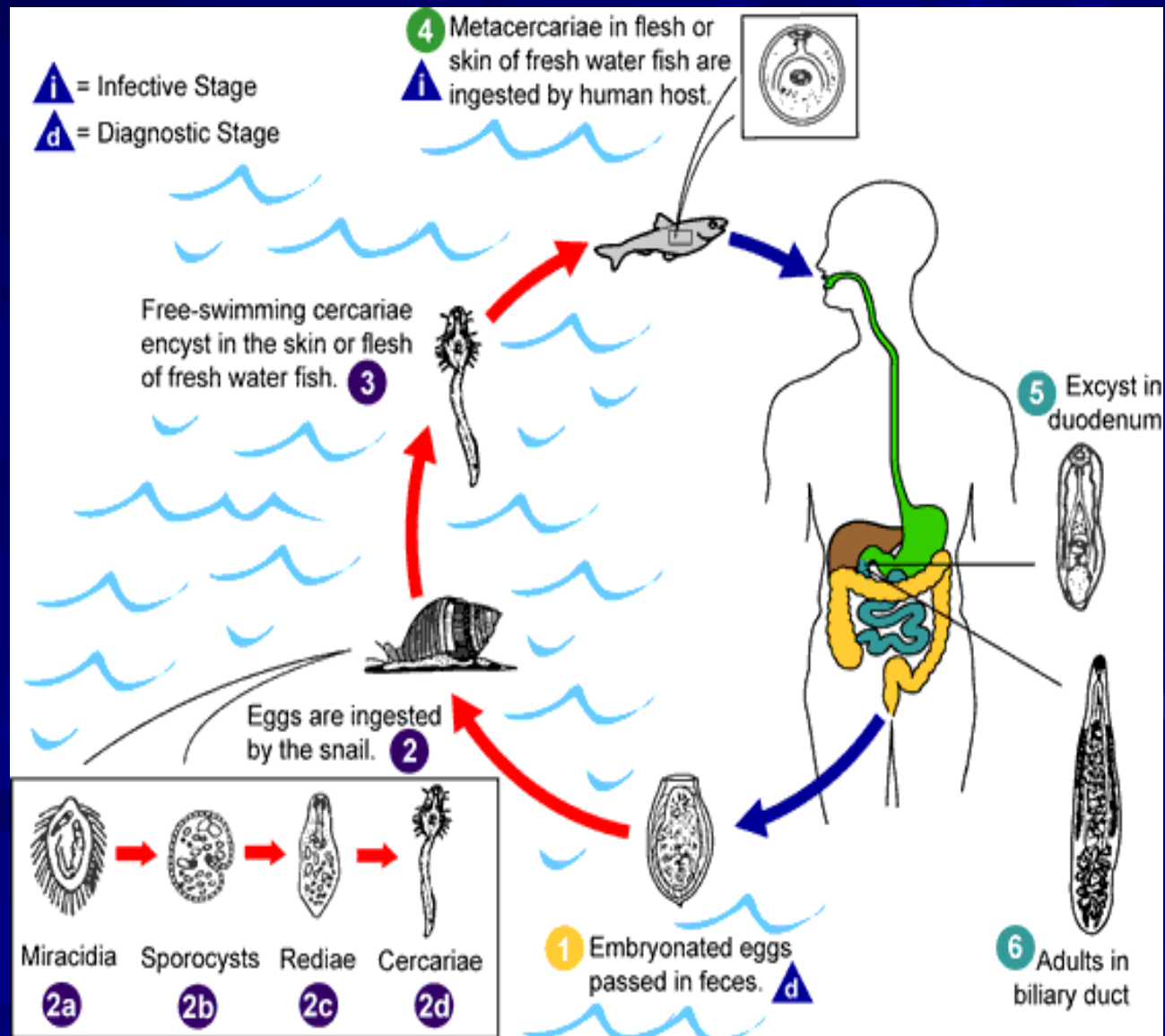
Описторхоз

Этиология: *Opisthorchis felineus* – сибирская
или кошачья двуустка



Типичный биогельминтоз!!!

Жизненный цикл



Патогенез

Острая фаза

Токсико-аллергический синдром

Хроническая фаза

Воспалительные изменения в

Дуоденохоледохопанкреатической зоне

Наиболее специфические патологические изменения – пролиферативный холангит и каналикулит поджелудочной железы с различной степенью фиброза в этих органах

Клинические проявления у детей

Острый описторхоз

А) бессимптомный

Б) стертый

В) клинически выраженный:

- Холангит
- Гепатохолангит
- Тифоподобный
- Бронхолегочный

Эозинофилия >15%

Хронический описторхоз

Для эндемичных районов характерно первично-хроническое течение.

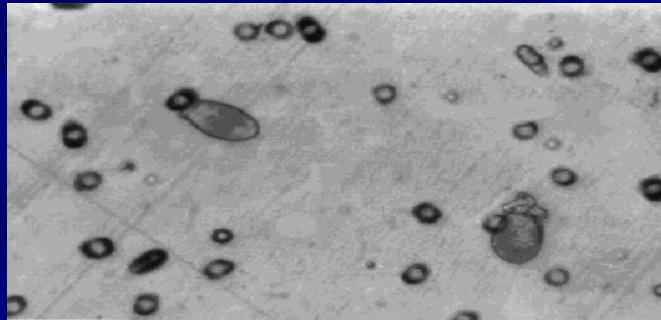
А) Латентная форма

Б) Клинически выраженная форма:

- Холепатии (ангиохолит, холецистит, гепатохолангиохолецистит)
- Гастродуоденопатии (гастрит, гастродуоденит)
- Панкреатит

Диагностика

- Эпидемиологический анамнез!!!
- Копроовоскопия
- Микроскопия дуоденального содержимого



- Серологическая диагностика имеет второстепенное значение!

Лечение

- Патогенетическая терапия
- Этиотропная терапия бильтрицидом с 5 лет

Лямблиоз (жиардиоз)

Протозойная инвазия, вызываемая *Giardia lamblia* (*Lamblia intestinalis*), протекающая с функциональными расстройствами кишечника, но чаще как бессимптомное носительство.

Возбудитель впервые был обнаружен в 1859 году Д.Ф.Лямблем в фекалиях у детей с диареей.



Патогенетически обоснованные синдромы лямблиоза

1. Поражение желудочно-кишечного тракта:
 - Дуоденит
 - Еюнит
 - Илеит
2. Диспепсический синдром с развитием диареи
3. Дистрофия
4. При условиях массивности инвазии, соответствующей фоновой патологии вероятно развитие интоксикации и астено-вегетативных проявлений
5. Усиление фоновых аллергических проявлений

Клиника острого лямблиоза

Клинически манифестные формы развиваются не > чем у 10-12% инфицированных.

В подавляющем большинстве случаев формируется бессимптомное носительство.

Инкубационный период в среднем 5-10 дней.

Характер испражнений:

- Полифекалия
- Частые
- Жидкие
- Зловонные
- Пенистые
- Жироподобные



Диагностика

- **Копроскопия** с окраской мазков йодом:
1,0 йода, 2,0 йодистого калия+ 50 мл
дистиллированной воды
- **Исследование дуоденального
содержимого**
- **ИФА (второстепенный метод)**

Препараты этиотропного действия:

Производные нитрофурана

- фуразолидон
- макмирор

Альбендозол (Немозол)

***БЛАГОДАРЮ
ЗА ВНИМАНИЕ !***

