

ДІАГНОСТИКА І ПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ГЕЛЬМІНТОЗІВ

В.М. Дуднік, О.І. Ізюмець, Л.І. Лайко, Н.Д. Корольова, Л.М. Кондратюк, Г.М. Руденко, Л.М. Іванюк
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
Вінницька обласна клінічна лікарня

Резюме. Проведено порівняльне дослідження ефективності лікування гельмінтозів у дітей з використанням традиційної алопатичної терапії та запропонованого комплексного підходу. Застосування комплексної поетапної терапії відповідно до виду гельмінтозу з включенням не лише етіотропних, але й патогенетичних засобів, має значні переваги порівняно з призначенням монотерапії алопатичними препаратами, оскільки дозволяє швидше ліквідувати порушення функцій усіх систем організму та досягти повного і стійкого ефекту від лікування.

Ключові слова: гельмінтоз, діти, алопатична терапія, комплексна поетапна терапія.

Вступ

Останніми роками особливу увагу педіатрів привертють паразитарні захворювання у дітей. За даними ВООЗ, щорічно у світі 16 млн. людей помирають від інфекційних та паразитарних захворювань [2]. Причому, кількість захворювань та летальних випадків від кишкових гельмінтозів вища, ніж від бактеріальних, вірусних та інших захворювань [5]. Велике поширення отримали гельмінтози, які викликаються круглими черв'яками, – аскаридоз, ентеробіоз, трихоцефальоз, токсокароз. Враховуючи умови зараження, очевидно, що найчастіше хворіють діти. Щорічний показник захворюваності гельмінтозами в Україні становить 1333 випадки на кожні 100 тис. населення, 80% з них припадає на дітей. На долю школярів та дітей молодшого шкільного віку припадає 65,1% усіх хворих на аскаридоз.

Актуальність проблеми зумовлюється тим, що через недосконалість діагностики значна кількість глистяних інвазій залишається поза увагою лікарів. Так, прями методи дослідження (аналіз калу на яйця гельмінтів, дуоденального вмісту, зіскрібка з періанальної ділянки тощо) мають певні недоліки, які пов'язані з особливостями розвитку паразита (тривалими періодами відсутності кладки яєць, стадією міграції личинок в організмі хазяїна), з паразитуванням самців, статевонезрілих чи старих самок. З іншого боку, діагностовані гельмінтози не завжди підлягають повному та ефективному лікуванню, оскільки не враховуються різнопланові впливи паразитів на організм хазяїна. Продукти життєдіяльності та розпаду гельмінтів чинять загальнотоксичну дію, викликають сенсibiliзацію. У місці паразитування відбувається механічне пошкодження органів і тканин з подальшим запаленням слизових оболонок шлунково-кишкового тракту (ШКТ) і подразненням нервових закінчень, що призводить до стимуляції патологічних рефлексів, а під час міграції личинок по кровоносних та лімфатичних шляхах порушується природний секреторний бар'єр у різних системах організму. Співіснування сапрофітної флори кишечника та гельмінтів призводить до виникнення дисбіозу, внаслідок чого активується умовно-патогенна флора і створюються сприятливі умови для розвитку патогенних мікроорганізмів. Спосіб живлення гельмінтів викликає гіповітаміноз та дефіцит мінералів і мікроелементів [1,3]. Тому терапія гельмінтозів має бути спрямованою не лише на знищення етіологічного чинника захворювання, але й на ліквідацію наслідків його життєдіяльності в організмі дитини [4].

Метою дослідження було удосконалення методів діагностики гельмінтозів та підбір ефективного комплексного лікування цієї групи захворювань.

Матеріал і методи дослідження

Під спостереженням знаходилась 121 дитина віком 2–16 років, у якої діагностували гельмінтоз: аскаридоз (106 дітей), лямбліоз (10 дітей), токсокароз (5 дітей). Усі хворі мали подібну симптоматику захворювання за попереднім обстеженням, яке включало збір скарг, анамнезу та об'єктивне обстеження.

Найчастіше виявляли симптоми, які вказували на загальну інтоксикацію організму, – астено-невротичний синдром, диспептичні явища, ознаки сенсibiliзації та зниження імунного статусу організму. Протягом періоду спостереження щоденно проводився контроль ступеня виразності даних симптомів. Для підтвердження діагнозу гельмінтозу застосовували імуноферментний аналіз (ІФА) – лабораторний імунологічний метод якісного визначення і кількісного вимірювання антигенів та антитіл.

Дослідження проводилось на базі Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні та міської дитячої лікарні «Центр матері і дитини».

За обсягом лікувальних заходів усіх пацієнтів розподілили на дві групи. Основну групу (ОГ) склали хворі (61 дитина), які отримували комплексну поетапну терапію гельмінтозу. До групи порівняння (ГП) увійшли хворі, які отримували лише традиційну алопатичну терапію (60 дітей). В основній групі було 53 (86,9%) дитини з аскаридозом, 4 (6,6%) з лямбліозом і 3 (4,9%) з токсокарозом. У групі порівняння розподіл хворих за видом інвазії (рис.) виглядав наступним чином: аскаридоз – 53 (88,3%) дитини, лямбліоз – 6 (10%), токсокароз – 2 (3,3%). За статтю групи були порівнянними.

Всі препарати, які використовували для лікування хворих обох груп, застосовувались у вікових дозуваннях відповідно до інструкції.

Комплексна терапія, яка проводилась для лікування дітей ОГ, була поетапною:

І етап:

а) дієта, яка включає продукти з високим вмістом пектинів (природних ентеросорбентів, таких як рисовий від-

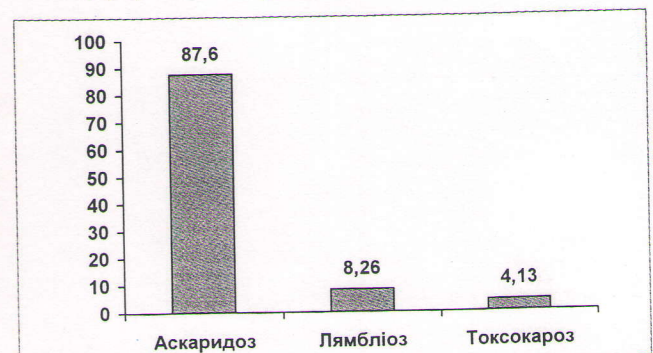


Рис. Розподіл обстежуваних дітей за видом інвазії (%)

Таблиця

Клінічні прояви гельмінтозів у обстежуваних дітей

Клінічні прояви захворювання	Група дітей			
	ОГ		ГП	
	абс.	%	абс.	%
Дисфункції ШКТ	51	83,6	57	95
- нестійкі чи неперетравлені випорожнення	27	44,3	31	51,7
- наявність в калі «зелені» та слизу	9	14,8	3	5
- закрепи або схильність до них	24	39,3	24	40
- метеоризм, бурчання в животі та відрижка	48	78,7	37	61,7
- нудота, блювання, регургітація	37	60,7	45	75
- зниження апетиту	33	54,1	41	68,3
- біль в животі	28	45,9	31	51,7
Астено-невротичний синдром	24	39,3	36	60
- млявість, підвищена стомлюваність, зниження працездатності	22	36,1	23	38,3
- роздратованість	21	34,4	19	31,7
- зниження концентрації уваги та порушення пам'яті	18	29,5	14	23,3
- порушення засинання	15	24,6	9	15
- неспокійний сон (скрикування, пробудження, плач, безсоння, жакливі сновидіння)	16	26,2	19	31,7
Алергічні реакції	38	62,3	32	53,3
- висипка на шкірі та atopічний дерматит	7	11,5	13	21,7
- прояви харчової алергії	12	19,7	8	13,3
- ознаки бронхообструкції	4	6,6	3	5

вар, каротинно-яблучна суміш, чорничний кисіль тощо) та з низьким вмістом жирів у рідкому і напіврідкому вигляді (супи, рідкі каші, протерте м'ясо, кисломолочні продукти);

б) протипаразитарне специфічне лікування алопатичними препаратами: альбендазол (ворміл) – при аскаридозі, токсакарозі та лямбліозі; мебендазол (вермокс), левомізол (декаріс), пірантела памоат – при аскаридозі; орнідазол (мератин) – при лямбліозі;

в) жовчогінні препарати: хепель, галстена ;

г) ентеросорбенти: сілікс, ентеросгель, атоксіл, смекта тощо;

г) десенсibiliзуюча терапія: цетиризин (зиртек, зодак, цетрин), фексофенадин (телфаст), дезлоратадин (фрібрис, еріус, едем) та інші;

д) заспокійливі, м'які седативні препарати: нотта, фітосед, персен, екстракт валеріани;

е) антиоксиданти: вітаміни С, А, Е, аевіт, убіхінон, коензим, тіатріазолін.

Тривалість курсу лікування становила 2 тижні.

II етап:

а) протигельмінтна фітотерапія: Інвазіон (активні інгредієнти: екстракт кори мурашиного дерева, екстракт насіння і шкірочки грейпфрута, екстракт листків алое вера, шкірка плодів червоного горіха, насіння гарбуза, екстракт листків тім'яну, насіння подорожника, насіння бавовнику, корінь горичавки, трава піжми звичайної), Інвасап (активні інгредієнти: бутони гвоздики, квіти ромашки, трава золототисячника, корінь алтею, екстракт листя артишоку).

б) при больовому синдромі – спазмолітики (дротаверин, папаверин);

в) при подразненні кишечника – ферменти (креон, мезим) і пробіотики (лактобакт, ентерол, біфіформ, лінекс, симбіолакт);

г) при посиленні інтоксикації – антиоксиданти (тіатріазолін, вітаміни А та Е, аевіт).

Тривалість курсу лікування – 2 місяці.

III етап:

а) для регенерації слизових оболонок ШКТ: мукоза-композитум;

б) адаптогени: ехінацея-композитум, адаптол;

в) для ліквідації дефіциту вітамінів, мінералів та мікроелементів: юніор мультівітал + журавлина і юніор мультівітал + гранат.

Курс лікування – 10 тижнів.

Терапія, яка проводилась для лікування дітей ГП, обмежувалась застосуванням лише алопатичних препаратів відповідно до виявленої нозології, як і в ОГ: альбендазол (ворміл) – при аскаридозі, токсакарозі та лямбліозі; мебендазол (вермокс), левомізол (декаріс), пірантела памоат – при аскаридозі; орнідазол (мератин) – при лямбліозі.

Ефективність протиглисної терапії у дітей обох груп оцінювалась протягом 6 місяців після початку лікування. З метою оцінки ефективності застосованої терапії всім обстежуваним проводили ІФА сироватки крові на виявлення специфічних антитіл до та після лікування.

Результати дослідження та їх обговорення

При попередньому обстеженні хворих виявляли клінічні симптоми, зумовлені як дією самих гельмінтів, так і впливом продуктів їх життєдіяльності. Найчастіше відмічали ознаки порушення функцій ШКТ (у 108 дітей з обох груп – 89,3%), симптоми загальної сенсibiliзації організму (у 80 дітей з обох груп – 66,1%), астено-невротичний синдром (у 70 дітей з обох груп – 57,9%) (табл.).

У динаміці лікування відмічали зміну та ступінь вираження клінічних симптомів гельмінтозів у дітей обох груп.

Аналіз отриманих результатів показав, що у хворих ОГ вже до кінця першого тижня лікування відбулося помітне покращення клінічної картини з боку ШКТ: дисфункції спостерігалися лише у 10 (16,4%) дітей, тоді як у ГП – у 24 (40%). Діти основної групи майже не скаржились на біль в животі, який ще турбував 7 (5,8%) дітей групи порівняння. Нормалізацію випорожнень за тиждень лікування відмітили у 59% хворих ОГ та у 36,7% ГП. Діти обох груп (6,6–8%) ще скаржились на нудоту, але блювоти та регургітації не було.

З боку нервової системи вже до кінця першого тижня в обстежуваних ОГ частота проявів астено-невротичного синдрому зменшилася з 39,3% до 18%, тоді як у ГП вона залишалася ще досить високою – 60% і 48,3% відповідно.

Зменшення алергічних проявів за перший тиждень лікування відмітили лише у 12,4% обстежуваних обох груп. Зате після закінчення курсу комплексної терапії у 86,8% хворих ОГ повністю зникли алергічні прояви. В той час як в ГП такий ефект був досягнутий лише у 37,5% дітей.

У 58 (95%) дітей ОГ після закінчення комплексного лікування не було ніяких скарг, які б свідчили про наяв-

ність гельмінтів, лише у 2 (3,3%) дітей ефект був неповним. В однієї (1,6%) дитини результат терапії був нестійким, оскільки відбулося реінфікування від домашніх тварин після закінчення курсу лікування. Відсутності ефекту від комплексного лікування гельмінтозу у дітей ОГ не спостерігалось. Тоді як у хворі ГП після проведення алопатичної терапії періодично звертались зі скаргами протягом 6 місяців від початку лікування, які свідчили про неповне видужання 23 (38,3%) дітей.

За даними серологічної імунодіагностики методом ІФА у всіх обстежуваних за 6 місяців отримали негативний результат, який свідчив про знищення гельмінтів.

Під час проведення дослідження була відмічена добра переносимість усіх застосовуваних для лікування препаратів. Побічних ефектів лікарських засобів не було зареєстровано.

Висновки

1. Результати дослідження підтверджують, що тестування сироватки крові методом ІФА дозволяє підтвердити вид гельмінтозу навіть на ранніх стадіях інвазії (для аскаридозу та токсокарозу – личинкові стадії), від чого залежить успішність призначеного лікування.

2. Застосування комплексної поетапної терапії відповідно до виду гельмінтозу з включенням не лише етіотропних, але й патогенетичних засобів, має значні переваги порівняно з призначенням монотерапії алопатичними препаратами, оскільки дозволяє швидше ліквідувати порушення функцій усіх систем організму та досягти повного і стійкого ефекту від лікування.

3. Запропоновані препарати для комплексної терапії гельмінтозів не викликають побічних дій та добре переносяться дітьми.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бодня Е. И. Новое в диагностике и лечении паразитарных инвазий / Е.И. Бодня // Сучасна гастроентерол. – 2006. – № 6 (32).
2. Ершова И. Б. Лечение гельминтозов у детей / И. Б. Ершова, Г. Г. Бондаренко // Совр. педиатрия. – 2005. – № 1 (6).
3. Ершова И. Б. Паразитарные инвазии в практике врача-педиатра / И. Б. Ершова // Здоровье ребёнка. – 2007. – № 2. – С. 123–126.
4. Крамарев С. А. Гельминты и аллергия. Современные подходы к лечению гельминтозов у детей / С. А. Крамарев // Здоровье ребёнка. – 2008. – № 4 (3).
5. Щекина Е. Г. Гельминтозы: современный взгляд на проблему / Е. Г. Щекина // Провизор. – 2007. – № 12.

ДИАГНОСТИКА И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ГЕЛЬМИНТОЗОВ

В.М. Дудник, О.И. Изюмец, Л.И. Лайко, Н.Д. Королева, Л.Н. Кондратюк, Г.М. Руденко, Л.М. Иванюк

Резюме. Проведено сравнительное исследование эффективности лечения гельминтозов у детей с использованием традиционной аллопатической терапии и предложенного комплексного подхода. Применение комплексной поэтапной терапии, соответствующей виду гельминтоза, имеет значительные преимущества по сравнению с назначением монотерапии аллопатическими препаратами, так как позволяет быстрее ликвидировать нарушения функций всех систем организма и достичь полного и стойкого эффекта от лечения.

Ключевые слова: гельминтозы, дети, аллопатическое лечение, комплексное лечение.

DIAGNOSIS AND PATHOGENETIC ASPECTS OF HELMINTHOSES TREATMENT

Dudnyk V.M., Izyumets O.I., Laiko L.I., Koroleva N.D., Kondratyuk L.N., Rudenko G.M., Ivanyuk L.M.

Summary. The comparative study of efficacy treatment of helminthoses in children with traditional allopathic therapy and proposed an integrated approach is conducted. Application of the complex step therapy appropriate to the form of helminthoses has significant advantages over monotherapy with the appointment of allopathic preparations, as it allows faster eliminating the dysfunction of all body systems and achieving a complete and consistent effect of treatment.

Key words: helminthoses, children, allopathic treatment, comprehensive treatment.