

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Институт последипломного образования

Кафедра детских инфекционных болезней с курсом ПО

Заведующая кафедрой ДМН, профессор Мартынова Г. П.
Руководитель ординатора КМН, ассистент Строганова М. А.

РЕФЕРАТ
«Аскаридоз у детей»

Выполнила: ординатор 1 года
обучения по специальности
«Инфекционные болезни»
Чебодаева Милана Леонидовна

Красноярск 2020

Оглавление	
Определение.	3
Этиология.	3
Патогенез.	3
Эпидемиология.	4
Структура заболеваемости.	4
Клиническая классификация аскаридоза	5
Клиническая картина.	5
Диагностика.	6
Физикальное обследование	6
Эпидемиологическая диагностика	7
Лабораторная диагностика	7
Инструментальная диагностика	8
Лечение	8
Консервативное лечение	9
Реабилитация	10
Профилактика и диспансерное наблюдение	10
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ТЕЧЕНИЯ ПОРАЖЕНИЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ АСКАРИДОЗА.	11
Список литературы	14

Определение.

Аскаридоз – антропонозный геогельминтоз, вызываемый *Ascaris lumbricoides*, характеризующийся поражением дыхательных путей и аллергическими реакциями в фазе миграции личинок, а при паразитировании половозрелых гельминтов – хроническим поражением желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) с возможными тяжелыми осложнениями.

Этиология.

Возбудителя аскаридоза *Ascaris lumbricoides* относят к типу круглых червей Nematelminthes, классу Nematoda, отряду Ascaridia, семейству Ascaridae. Гельминт является раздельнополым, половозрелые особи имеют веретенообразную форму, тело их покрыто толстой поперечно исчерченной кутикулой. Самец меньше самки, длина его 15-25 см, диаметром 2-4 мм, задний конец тела загнут крючком на брюшную сторону. Самка имеет веретенообразное тело длиной 25-40 см, диаметром 3-6 мм. Продолжительность жизни взрослой аскариды составляет около одного года. Выделение яиц самкой начинается не ранее трёх месяцев от момента инвазирования и заканчивается к 7-8 месяцам её жизни. За сутки зрелая самка откладывает до 245 тысяч яиц. При отсутствии самцов самки откладывают неоплодотворенные яйца. Оплодотворенные яйца аскариды желтого или желто-коричневого цвета, имеют овальную или округлую форму, сверху покрыты бугристой белковой оболочкой. Созревание яиц проходит при температуре не ниже 12°C, влажности почвы не менее 8% при свободном доступе кислорода. Внутри яйца формируется личинка и яйцо становится инвазионным. В настоящее время накоплены данные о том, что человек также может быть инвазирован свиной аскаридой (*Ascaris suum*).

Патогенез.

Инвазионная личинка аскариды освобождается от оболочек при воздействии ферментов верхнего отдела желудочно-кишечного тракта. В тонкой кишке личинка с помощью ферментов пептидазы, гиалуронидазы проникает через эпителиальный покров в кровеносные сосуды. Внедрению личинок способствует активация их метаболитами эндогенных факторов воспаления. По системе воротной вены личинки мигрируют через печень в правый отдел сердца, по малому кругу кровообращения попадают в легкие. Из капилляров они активно проникают в альвеолы, затем постепенно по бронхиальному дереву поднимаются до гортани, попадают в глотку, заглатываются со слюной и вновь попадают в тонкую кишку. Процесс миграции занимает 2-3 нед. В тонкой кишке, преимущественно в подвздошной, происходит созревание личинок до взрослых особей, что занимает около 2 мес. Метаболиты личинок и освободившиеся в процессе их линьки продукты обладают высокой иммуногенностью. По ходу миграции и в тонкой кишке возникают гиперемия, отек, пролиферация лимфоидных, макрофагальных элементов, эозинофильная местная и общая реакция. В

зависимости от интенсивности инвазии ранняя стадия болезни может быть субклинической или проявляться выраженной общей аллергической реакцией, а при массивных инвазиях у детей - тяжелыми органными поражениями. Помимо воспалительной реакции с гиперсекрецией кишечных ферментов - энтерокиназы, щелочной фосфатазы, расстройству пищеварения при аскаридозе способствует нарушение продукции и взаиморегуляции пептидных гормонов (гастрина, секретина). У детей нарушается всасывание жиров, белка, развиваются лактазная недостаточность, дефицит витаминов А и С. Аскариды способны выделять иммуносупрессивные субстанции, что проявляется снижением эффекта вакцинации.

Эпидемиология.

Человек является единственным хозяином *Ascaris lumbricoides*. В миграционной фазе аскаридоза человек является промежуточным хозяином, в кишечной фазе – окончательным хозяином. Во внешнюю среду с калом больной аскаридозом выделяет незрелые яйца, в которых при благоприятных условиях (оптимальной температуре и влажности почвы, достаточной аэрации) формируются и созревают личинки. В умеренном климатическом поясе яйца аскарид могут зимой сохраняться под слоем снега и выдерживать морозы до 20-25°C. В почве при отсутствии сильных воздействий внешней среды яйца гельминта могут сохранять жизнеспособность в течение до 10 лет, в пресных водоемах – до одного года. Степень контакта пациента с почвой, содержащей инвазионные яйца аскарид, определяет риск заражения. Механизм заражения – фекально-оральный. Пути передачи – пищевой (основной) и водный. Заражение происходит при проглатывании яиц гельминта, содержащих инвазионную личинку. Факторами передачи служат овощи, фрукты, зелень, ягоды, на поверхности которых имеются зрелые яйца аскарид, а также загрязненная вода и руки. В зоне умеренного климата сезон заражения аскаридозом длится с апреля по октябрь, в зоне теплого влажного климата – круглый год. Следует иметь в виду, что в силу занимаемой экологической ниши, аскариды способны участвовать в формировании микст-инвазии с рядом других кишечных гельминтов (власоглав, острицы) и простейших (лямблии, диэнтамебы). Благоустроенные районы городов не являются очагами аскаридоза; передачи инвазии на их территории не происходит благодаря наличию канализации и водопровода, асфальтированию улиц и дворов и отсутствию приусадебных огородов, удобряемых нечистотами.

Структура заболеваемости.

Аскаридоз является часто гельминтозом, распространен во всех климатических зонах земного шара, за исключением районов вечной мерзлоты, высокогорья и пустынь. По данным ВОЗ, в мире аскаридозом заражено около одного миллиарда человек, при этом дети дошкольного и школьного возраста составляют большинство из них [16]. В России аскаридоз

является вторым по частоте регистрации гельминтозом после энтеробиоза. Максимальный зараженности аскаридами людей в РФ, согласно данным Управления Роспотребнадзора РФ, составлял 68 чел. на 100 тыс. чел. населения и зарегистрирован в 1995г. В последующие периоды этот показатель понизился, достигнув уровня 35 чел. на 100 тыс. чел. населения в 2007 г., и в настоящее время сохраняется на уровне 2007 г. [8]. Однако, данные официального учета заболеваемости не отражают истинной эпидемиологической ситуации по аскаридозу, так как часть населения не обращается за медицинской помощью в случае инвазии и употребляет антигельминтные препараты самостоятельно.

Клиническая классификация аскаридоза

По типу:

- типичный (манифестный)
- атипичный (субклинический, бессимптомный)

По фазе болезни:

- ранняя
- поздняя

По тяжести:

- легкая форма
- среднетяжелая форма
- тяжелая форма

По наличию осложнений:

- без осложнений
- с кишечными осложнениями (непроходимость кишечника, перитонит, аппендицит, холангиогепатит, механическая желтуха, панкреатит);
- с внекишечными осложнениями (гнойный холангит, абсцессы печени, гнойный плеврит, синуситы, абсцессы брюшной полости, асфиксия и др.)

Клиническая картина.

Клинические проявления аскаридоза зависят от интенсивности инвазии и фазы развития заболевания. Выделяют две фазы: раннюю (миграционную, личиночную) и позднюю (кишечную, фазу паразитирования половозрелых аскарид).

Ранняя фаза аскаридоза обусловлена миграцией личинок гельминта. При малой интенсивности инвазии ранняя фаза аскаридоза может протекать субклинически или бессимптомно. При высокой Интенсивности инвазии наблюдается заболевания. У больных отмечается слабость, недомогание, субфебрильная температура. Иногда отмечается высокий фебрилитет и озноб, уртикарная экзантема, отеки Квинке; боли в животе, диспептические явления (тошнота, диарея). Появляются респираторные симптомы: кашель сухой или влажный (с незначительным количеством слизистой или кровянистой мокроты), возможны приступы удушья. В легких определяется укорочение перкуторного звука, выслушиваются сухие и

влажные хрипы, что связано с развитием «летучих» эозинофильных инфильтратов вокруг личинок аскарид – синдром Лёффлера, который визуально определяется на рентгенограммах легких. В миграционной фазе при высокой интенсивности инвазии возможно развитие гранулематозного гепатита с нарушением пигментного обмена и признаками цитолиза, а также спленомегалии, миокардиодистрофии, пневмонии (встречается редко). Отсутствие адекватной терапии тяжелых форм аскаридоза у детей раннего возраста может привести к летальному исходу. В раннюю фазу гельминтоза часто наблюдаются аллергические реакции в виде крапивницы, отека Квинке и др. В периферической крови отмечаются умеренный лейкоцитоз и высокое содержание эозинофилов (20% и более).

Поздняя фаза аскаридоза связана с локализацией гельминтов в кишечнике, что проявляется абдоминальным болевым синдромом (чаще всего приступообразные боли в животе, могут протекать по варианту «пупочной колики»), диспептическими явлениями. При низкой интенсивности инвазии часто эта фаза протекает субклинически или бессимптомно. У больных аскаридозом, особенно в детском возрасте, могут отмечаться функциональные нарушения центральной нервной системы (ЦНС): головные боли, головокружения, повышенная утомляемость, нарушение сна и др., которые быстро проходят после дегельминтизации. В периферической крови, как правило, патологических отклонений в содержании клеточных элементов не определяется.

Осложнения. Выделяют кишечные и внекишечные осложнения аскаридоза. Кишечные осложнения: механическая непроходимость кишечника, прободение кишечной стенки с развитием перитонита, аппендицит. Внекишечные осложнения обусловлены присоединением бактериальной инфекции: гнойный холангит, абсцессы печени, гнойный плеврит, сепсис, абсцессы брюшной полости. При проникновении взрослых аскарид в дыхательные пути возможно развитие легочного кровотечения и асфиксии. При миграции аскарид в общий желчный проток - холангиогепатит, механическая желтуха, панкреатит.

Прогноз. Неосложненное течение аскаридоза характеризуется благоприятным прогнозом. В случае отсутствия повторного заражения через 9-12 мес. Наступает самостоятельное излечение вследствие естественной гибели гельминтов. Исход осложненного течения аскаридоза зависит от тяжести патологического процесса, адекватности терапии и возраста ребенка.

Диагностика.

Физикальное обследование

При внешнем осмотре оценивают общее состояние пациента; выявляют признаки интоксикации, оценивают состояние кожи и слизистых оболочек, уровень питания пациента; исследуют состояние сердечно-

сосудистой и дыхательной систем, выявляют признаки диффузных и локальных изменений в легких воспалительного характера; отмечают болезненные участки при поверхностной и глубокой пальпации живота, характеризующие поражение кишечника; проверяют симптомы поражения желчного пузыря; исследуют размеры печени и селезенки; проверяют симптомы раздражения брюшины, менингеальные симптомы; проводят осмотр мочи и фекалий пациента.

Эпидемиологическая диагностика

1. Наличие в окружении больного ребенка лиц с подобным заболеванием или с подтвержденным диагнозом «Аскаридоз».

2. Анализ возможных путей передачи инвазии:

Пищевой: употребление в пищу овощей, фруктов, зелени, ягод, обсемененных яйцами аскарид.

Водный: употребление загрязненной воды, содержащей яйца аскарид

Контактно-бытовой: контакт с зараженной яйцами аскарид почвой, несоблюдение правил личной гигиены.

Лабораторная диагностика

1) Исследование гельминтов при их спонтанном отхождении с фекалиями.

В последние месяцы жизни аскариды плохо фиксируются в тонком отделе кишечника и попадая в дистальные его отделы затем могут обнаруживаться в испражнениях.

2) Копрологическое исследование.

В копрограммах при аскаридозе выявляются признаки нарушения переваривания и всасывания питательных веществ, а также обнаруживаются яйца гельминтов.

3) Микроскопическое исследование кала на яйца аскарид.

Исследование информативно для диагностики аскаридоза в позднюю фазу заболевания, в том числе, у пациентов с клиническими симптомами поражения желудочно-кишечного тракта и аллергическими проявлениями.

4) Общий анализ крови с исследованием лейкоцитарной формулы.

В анализе крови выявление эозинофилии свидетельствует о сенсibilизации организма на фоне аскаридоза; выявление лейкоцитоза, нейтрофилии, повышения скорости оседания эритроцитов (СОЭ) указывает на воспалительные изменения, обусловленные осложнениями.

5) Биохимическое исследование крови: аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспартатаминотрансфераза (АСТ), щелочная фосфатаза, билирубин, амилаза, С-реактивный белок.

Изменения показателей биохимического анализа крови свидетельствует о развитии осложнений (гепатит, дисфункции билиарного тракта, панкреатит). Повышение АЛТ и АСТ указывает на синдром цитолиза при реактивном поражении печени, обусловленное аскаридозом; повышение щелочной

фосфатазы, билирубина характерно для холестатического синдрома; повышение С-реактивного белка указывает на воспалительные изменения.

6) Гистоморфологическое исследование пораженных тканей на личинки аскарид.

Используется у пациентов с осложнениями аскаридозом при исследовании пораженных личинками аскариды тканей (глаз, легкие, печень, мозг и др.), полученных во время оперативных вмешательств или при биопсии.

7) ПЦР в фекалиях ДНК возбудителей других гельминтозов (дифиллоботриоза, тениозов и др.) и протозойных заболеваний (амебиаза, балантидиаза и др.) для диагностики смешанных форм заболевания и с целью дифференциальной диагностики.

Информативно в позднюю фазу аскаридоза.

8) Серологический (иммуноферментный анализ, реакция латекс-агглютинации).

Инструментальная диагностика

1) Рентгенологического исследования легких пациентам с клиническими признаками поражения легких.

2) УЗИ органов брюшной полости (комплексное)

3) Эндоскопическое исследование желудочно-кишечного тракта

4) Обзорная рентгенограмма органов брюшной полости с барием

5) Лапароскопия

6) Компьютерная томография

7) Магнитно-резонансная томография

Лечение

Лечение аскаридоза проводится в амбулаторных условиях и условиях стационара. В амбулаторных условиях лечение проводят детям с легкой формой аскаридоза. В случае безуспешности проводимого лечения или его невозможности в амбулаторных условиях рассматривается вопрос о госпитализации в стационар. Госпитализации в инфекционные отделения медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь детям с инфекционными заболеваниями подлежат дети, переносящие заболевание в среднетяжелой и тяжелой форме, с осложнениями болезни, а также по эпидемическим показаниям, в том числе и с легким течением болезни.

Методы лечения включают:

Режим.

Диету.

Методы медикаментозного лечения:

- средства этиотропной терапии;
- средства симптоматической терапии;
- средства для нормализации кишечного микробиоценоза.

Методы немедикаментозного лечения:

- физические методы снижения температуры;

- физиотерапевтические методы лечения;
- аэрация помещения;
- гигиенические мероприятия.

Консервативное лечение

Этиотропная терапия

Цели терапии:

- эрадикация личинок и взрослых аскарид;
- снижение тяжести течения заболевания;
- уменьшение риска развития осложнений.
- Рекомендовано проведение этиотропной

(противопаразитарной) терапии аскаридоза

Альбендазол взрослым и детям старше 3 лет (с массой тела не менее 60 кг) однократно (или в 2 приема) 400 мг; больным с массой тела менее 60 кг в суточной дозе 15мг/кг в 2 приема за час до еды или через 1,5 часа после небольшого количества легкоусвояемой пищи.

Мебендазол в течение 3-х дней взрослым и детям старше 10 лет по 100 мг 2 раза в сутки, детям от 2 до 10 лет по 25-50 мг 2 раза в сутки.

Пирантел однократно (10 мг/кг) вечером вовремя приема пищи или после него: суспензия детям от 6 мес. до 2 лет в дозе 2,5 мл (125 мг), от 2 до 6 лет в дозе 5 мл (250 мг); таблетки детям от 3 до 6 лет в дозе 250 мг, от 6 до 12 лет в дозе 500 мг, детям старше 12 лет и взрослым с массой тела до 75 кг в дозе 750 мг; взрослым с массой тела более 75 кг в дозе 1000 мг.

При отсутствии эффекта (то есть при отсутствии эрадикации взрослых аскарид или обнаружении их яиц в контрольных исследованиях) через 2-3 недели проводят повторный курс противопаразитарной терапии.

Патогенетическая терапия

Цель патогенетической терапии:

- уменьшение интоксикации;
- устранение синдрома лихорадки;
- коррекция нарушений водно-электролитного баланса;
- устранение аллергических проявлений;
- устранение диспептических нарушений;
- устранение абдоминального болевого синдрома;
- купирование синдрома поражения дыхательных путей;
- уменьшение выраженности астено-невротического

синдрома;

- антибактериальная терапия бактериальных осложнений.

Пациентам с признаками дегидратации при отсутствии эффективности пероральной регидратации рекомендовано внутривенное введение растворов, влияющие на водно-электролитный баланс.

- Системные глюкокортикостероиды показаны при тяжелой форме аскаридоза, у пациентов с выраженными проявлениями аллергии.

- Антигистаминные средства, производных пиперазина (цетиризин внутрь) для устранения умеренных проявлений аллергии при аскаридозе.

- Пробиотические препараты для коррекции нарушений микробиоценоза кишечника в позднюю фазу аскаридоза.

- Адсорбирующие кишечные препараты (смектит диоктаэдрический, лигнин гидролизный) для устранения симптомов дисфункции кишечника у пациентов в позднюю фазу аскаридоза.

- Папаверин и его производные (дротаверин) с целью купирования абдоминального болевого синдрома в позднюю фазу аскаридоза.

- Прокинетики (метоклопрамид внутримышечно, домперидон внутрь) с целью купирования повторной рвоты.

Реабилитация

Основные принципы реабилитации:

1. реабилитационные мероприятия должны начинаться уже в периоде разгара или в периоде ранней реконвалесценции;
2. необходимо соблюдать последовательность и преемственность проводимых мероприятий, обеспечивающих непрерывность на различных этапах реабилитации и диспансеризации;
3. комплексный характер восстановительных мероприятий с участием различных специалистов и с применением разнообразных методов воздействия;
4. адекватность реабилитационно-восстановительных мероприятий и воздействий адаптационным и к резервным возможностям реконвалесцента. При этом важны постепенность возрастания дозированных физических и умственных нагрузок, а также дифференцированное применение различных методов воздействия;
5. постоянный контроль эффективности проводимых мероприятий. При этом учитывают скорость и степень восстановления функционального состояния органов и систем переболевших (косвенными и прямыми методами).

Критерии выздоровления:

- отсутствие лихорадки;
- отсутствие признаков интоксикации;
- отсутствие или значительное уменьшение выраженности аллергических проявлений;
- отсутствие симптомов поражения респираторного тракта;
- отсутствие диспептических симптомов и абдоминальной боли;
- нормализация показателей клинического анализа крови;
- отрицательные результаты трехкратных исследований фекалий на яйца аскарид через 1 месяц после проведения курса дегельминтизации.

Профилактика и диспансерное наблюдение

Больной не требует изоляции. После этиотропной терапии ребенка допускают в образовательную организацию без

противоэпидемических ограничений. Мероприятия в очаге не проводят. Карантинно-изоляционные мероприятия в отношении контактных лиц не организовываются.

Специфическая профилактика аскаридоза не разработана.

Длительность диспансерного наблюдения составляет 3 мес. Частота обязательных контрольных обследований врачом-педиатром участковым или врачом-инфекционистом: 2 раза в течение первого месяца после выздоровления; 1 раз по истечении 3-х месяцев наблюдения. Необходимые исследования при диспансерном наблюдении реконвалесцентов аскаридоза: клинический анализ крови в период наблюдения и при снятии с учета; контрольное паразитологическое исследование фекалий через месяц после этиотропной терапии, или при появлении кишечных расстройств в период наблюдения и при снятии с учета; копрологическое исследование при появлении кишечных расстройств в период наблюдения и при снятии с учета.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ТЕЧЕНИЯ ПОРАЖЕНИЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ АСКАРИДОЗА

Целью исследования явилось изучение особенностей клиники и течения поражений гастродуоденальной зоны у детей подросткового возраста на фоне аскаридоза, для уточнения профилактических и лечебных мероприятий.

Материалы и методы. Объектом стали дети подросткового возраста ($n=80$), из них 40 детей с поражениями гастродуоденальной зоны на фоне аскаридоза (основная группа наблюдения) и 40 детей с поражениями гастродуоденальной зоны без сопутствующей патологии (группа сравнения). Сбор материала проводился путём выкопировки первичной информации из истории развития ребенка (ф. 112/у), с последующим клиническим осмотром и комплексной оценкой состояния здоровья, заключениями гастроэнтеролога, результатов анкетирования родителей и педагогов. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью стандартного пакета программ с использованием параметрических и непараметрических критериев. Уровень значимости $p<0,05$ расценивался как статистически значимый.

Результаты исследования. В результате исследования выявлено, что первые симптомы поражения гастродуоденальной зоны у больных наблюдались спустя 3 года после выявления аскаридоза, но 42,5% детей за медицинской помощью впервые обратились спустя 5 лет. Пик возникновения поражений гастродуоденальной зоны приходился на 10-12 лет (62,5%). По анамнестическим данным установлено, что у детей, страдающих аскаридозом, нарушения желудочно-кишечного тракта связано не только с присутствием паразита, но и с изменением регулирующего влияния нервной системы. Так у 42,5% детей подросткового возраста еще до выявления основного заболевания состояли на учете у невролога по поводу невротических реакций, чего не

наблюдалось у детей группы сравнения ($p < 0,05$). В клинической картине ведущими являлись болевой (90,0%) и астенический (100,0%) синдром, что достоверно чаще, чем в группе сравнения (37,5% и 55,5%, $p < 0,05$). У большинства пациентов (90,0%) из основной группы боли локализовались в околопупочной (42,5%) и эпигастральной (52,5%) областях, что на 35,0% и 15,0% чаще, чем в группе сравнения (7,5% и 37,5%). У 62,5% детей основной группы наблюдения они носили интенсивный характер, возникали чаще ночью (40,0%) или спустя 1,5-2 часа после еды (37,5%). У 43,8% этих детей диагностировались эрозивные формы поражения. Эрозивный процесс сопровождался у 43,8% детей дуоденогастральным рефлюксом (7 из 16), у 25,0% респондентов зиянием привратника (4 из 16). В то время как в группе сравнения боли возникали чаще в дневные часы (30,0%), носили умеренный характер (55,0%) и не встречались эрозивные поражения ($p < 0,05$). Астено-невротические расстройства выявлялись у каждого больного ребенка из основной группы наблюдения. Они проявлялись головной болью (82,5%), значительным снижением эмоционального тонуса (75,0%), общей слабостью (72,5%), раздражительностью (70,0%), утомляемостью (65,0%), что достоверно чаще, чем в группе сравнения (12,5%, 32,5%, 30,0%, 27,5%, 25,0%, $p < 0,05$). Отмечено, что 2/3 детей из основной группы наблюдения имели изменения окраски кожных покровов и слизистых, что достоверно чаще, чем в группе сравнения (37,5%, $p < 0,05$). Довольно часто у детей из основной группы наблюдения выявлялись: снижения аппетита (90,0%), тошнота (87,5%), рвота (35,0%), неустойчивый стул (77,5%), что на 42,5%, 47,5%, 20,0%, и 65,0% больше, чем в группе сравнения ($p < 0,05$). При оценке состояния секреции у детей основной группы наблюдения обнаружено гиперацидное состояние у 37,5%, секреторная недостаточность у 12,5%, сохранная секреция у 50,0%, в то время как в группе сравнения превалировала сохраненная секреция (75,0%), реже гиперацидное состояние (25,0%). Большинство больных имели до 2 обострений в год (70,0%), годовой ритм носил трехволновый характер, что важно учитывать при проведении противорецидивного лечения. Установлено, что для больных детей с секреторной недостаточностью типично возникновения поражений гастродуоденальной зоны в младшем школьном возрасте, спустя 2-3 года после аскаридоза, сопровождаясь выраженными астено-невротическими реакциями (100,0%) и диспепсическими проявлениями (90,0%). Болевой синдром умеренно выражен, не имеет четкой локализации. Поражения гастродуоденальной зоны с гиперхлоргидрией на фоне аскаридоза возникают в возрасте 7-12 лет, где астенические проявления (60,0%) превалируют над невротическими реакциями (40,0%). Болевой синдром ярко выражен, локализуется в околопупочной области, носит упорный характер. Диспепсические проявления характеризуются склонностью к запорам (40,0%),

тошнотой (93,3%), рвотой (66,7%). У больных детей с сохраненной секрецией заболевание возникает в возрасте 10-12 лет, протекает с умеренно выраженным болевым синдромом, который имеет определенную локализацию (эпигастральная область), носит приступообразный характер, усиливаясь после физической нагрузки (73,3%). Отсутствуют потеря веса, рвота и запоры. Следовательно, у больных с поражениями гастродуоденальной зоны на фоне аскаридоза возникает своеобразная симптоматика, зависящая от секреторной функции.

Заключение. У детей с поражениями гастродуоденальной зоны на фоне аскаридоза клиническая симптоматика имеет свои особенности. Для них характерно более позднее развитие клинических проявлений с выраженными проявлениями нервной системы. В клинике ведущее место занимает астено-невратический синдром, что негативно сказывается на успешности обучения детей в общеобразовательной организации, болевой синдром выражен умеренно, боль имеет определенную локализацию, носит приступообразный характер, усиливается после физической нагрузки. Обострение в течение года носят трехволновый характер, поэтому противорецидивное лечение целесообразно проводить перед возможным обострением (в феврале, июне, сентябре месяце).

Список литературы

1. КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛ ЛЕЧЕНИЯ) ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ БОЛЬНЫМ АСКАРИДОЗОМ, 2017, Профессиональные ассоциации: Общественная организация «Ассоциация врачей инфекционистов Санкт-Петербурга и Ленинградской области» (АВИСПО); Общественная организация «Евроазиатское общество по инфекционным болезням».
2. СанПиН 3.2.3215-14 "Профилактика паразитарных болезней на территории Российской Федерации" (с изменениями на 29 декабря 2015 года).
3. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ТЕЧЕНИЯ ПОРАЖЕНИЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ АСКАРИДОЗА; Ибрагимова К.М., Честнова В.Ю., Шестакова В.Н., Сосин Д.В., 2017.
4. Глистные инвазии у детей: клиническое значение, диагностика и лечение. Регулярные выпуски «РМЖ» №3 от 04.02.2014 стр. 242. Авторы: Печкуров Д.В. 1 , Тяжева А.А.
5. ГЕЛЬМИНТОЗЫ: ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ/ Е.П. Гаврилова, Г.И. Кирпичникова, Н.И. Кузнецов, Е.С. Романова, Г.Ю. Старцева, В.В. Васильев/ ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова»/ Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия/ 2016 г.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Институт последипломного образования

Кафедра детских инфекционных болезней с курсом ПО

РЕЦЕНЗИЯ

КМН, ассистента кафедры детских инфекционных болезней с курсом ПО

Строгановой Марии Александровны

На реферат ординатора 1-го года обучения специальности «Инфекционные болезни»

Чебодаева Милана Леонидовна

по теме «Аскаридоз»

Оценочный критерий	Положительный/отрицательный
1. Структурированность	полож
2. Наличие орфографических ошибок	отр.
3. Соответствие текста реферата по теме	полож
4. Владение терминологией	полож
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	полож
6. Логичность доказательной базы	полож
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	полож
8. Круг использования известных научных источников	полож
9. Умение сделать общий вывод	полож
10. Актуальность	полож

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарий рецензента:

Дата:

Подпись рецензента:

Подпись ординатора: