НОВЫЕ ПОДХОДЫ ПРИ МАССОВОЙ ДЕГЕЛЬМИНТИЗАЦИИ ДЕТЕЙ ОТ ЭНТЕРОБИОЗА

Л.В. КАЧУГИНА, Т.А. ВАХОБОВ, Д.А. САИДАХМЕДОВА, Г.А. РУСТАМОВА
Научно-исследовательский институт медицинской паразитологии им. Л.М.Исаева МЗ РУз,
Самаркандский Государственный медицинский институт,
Республика Узбекистан, г. Самарканд

Резюме. Изучена эффективность двух методов применения Альбендазола для массовой дегельминтизации 201 детей и подростков в возрасте 3-16 лет от энтеробиоза. Первая группа (89 человек): Альбендазол назначался утром после еды из расчета 10 мг/кг/сутки однократно в день, 2 дня подряд. Курс лечения повторялся через 2 недели в той же дозе. В результате проведенного лечения число инвазированных уменьшилось с 52,8% до 3,3%. Вторая группа (112 человек): Альбендазол назначался однократно в единой дозе 400 мг в сутки. Повторно назначался через 21 день. Поражённость энтеробиозом уменьшилась с 70,53% до 3,57%.

Ключевые слова: энтеробиоз, альбендазол, массовая дегельминтизация.

NEW APPROACHES TO MASS DEHELMINTISATION OF CHILDREN FROM ENTEROBIASIS

L.V. KACHUGINA, T.A. VAKHOBOV, D.A. SAIDAKHMEDOVA, G.A. RUSTAMOVA
Research Institute of medical parasitology named after L.M.I saev Ministry of health of the Republic
of Uzbekistan, Samarkand.
Samarkand state medical institute

Resume. The research work was focused on study of efficiency of two methods mass dehelminthisation from enterobiasis by Albendazole. The first method (89 children): Albendazole was prescribed for two courses 2 day each, with interval two weeks, in a single dose 10 mg/kg/day. In the second method (112 children) Albendazole was prescribed in a single dose of 400 mg for one day; it was repeated 21 days later. The percentage of children infected *E.vermicularis* decreased from 52.8% to 3.3% in the first group; and from 70.53% to 3.5% in the second group.

Key words: enterobiasis, albendazole, mass dehelminthisation.

Актуальность. Наиболее распространенным гельминтозом в Узбекистане является энтеробиоз [4, 8]. Вызывает беспокойство высокий уровень заболеваемости энтеробиозом, как среди детей, так и среди взрослых [3]. В настоящее время не вызывает сомнений положение о том, что энтеробиоз, как и другие гельминтозы, оказывая выраженное патологическое воздействие на людей, имеет большое медико-социальное значение [5]. Эта инвазия, относящаяся согласно классификации С.В. Прозоровского к массовым заболеваниям (показатель заболеваемости свыше 100 на 100 000 населения), представляет одну из самых серьезных проблем для медицинской науки и практического здравоохранения [7, 8]. Исходя из того, что даже трехкратные обследования методом соскоба из перианальных складок не позволяют выявить всех больных, были предложены [6, 8] поправочные коэффициенты (от 2,5 до 15), дающие возможность на основании однократных обследований устанавливать фактическую инвазированность детей в отдельных коллективах. Удельный вес

энтеробиоза среди других гельминтозов достигает 67,1%, а в крупных промышленных городах – более 95% [8]. По последним данным наших исследователей отмечено, что среди детей в возрасте 2-14 лет из всех инвазий энтеробиоз стоит на первом месте и его удельный вес среди всех гельминтозов, встречающихся в нашем регионе составляет от 95,1 до 96,8% [9]. Кроме того, энтеробиоз оказывают значительное иммуносупрессирующее воздействие на организм поражённых лиц, даже при отсутствии манифестной формы заболевания [1, 2].

Целью наших исследований было определение истинной поражённости детей энтеробиозом на современном этапе в детских «организованных» коллективах города Самарканда и апробирование новых методов эффективной массовой дегельминтизации детей от энтеробиоза..

Материалы и методы.

Обследованием были охвачены дети-воспитанники Мехрибонлик уйи № 9 и 10 города Самарканда в возрасте 3-16 лет. Всего было

обследовано 201 человек. В качестве исследуемого материала использовались соскоб с перианальных складок и фекалии обследуемых детей. В работе были применены копрологические методы Като и нативного мазка, а также метод соскоба с перианальных связок по Скрябину (1925). Для мапссовой дегельминтизации применялся Альбендазол отечественного производства (Узбекистан, Ташкентская обл., Зангиотинский р-н, «Дентафил Плюс»). Он отличается мягкостью действия, с минимальными побочными эффектами и, самое главное – он намного дешевле и доступнее чем его импортные аналоги. Были апробированы две схемы назначения Альбендазола. Первая – препарат назначался в дозе 10 мг/кг однократно, два дня подряд, с повторением курса через две недели. Вторая – единая доза в 400 мг однократно вечером после ужина один день. Курс повторялся через 21 день

Результаты и обсуждение. В период 2012-2014 гг. изучена эффективность двукратной массовой дегельминтизации детей альбендазолом при энтеробиозе.

Для проведения сравнительных исследований нами были выбраны два полигона – детское дошкольное учреждение (ДДУ) «закрытого типа», где исключался риск повторного заражения извне, и детское школьное учреждение (ДШУ) «полузакрытого типа», где имелся большой риск повторного заражения энтеробиозом извне. ДДУ «закрытого типа» является Мехрибонлик уйи № 9, а ДШУ «полузакрытого типа» является Мехрибонлик уйи № 10.

В закрытом детском учреждении Мехрибонлик уйи № 9 было обследовано 89

детей в возрасте от 3-х до 6 лет. Выявлено инвазированных – 47 (52,8%). Для проведения массовой дегельминтизации применялась следующая схема назначения Альбендазола: препарат назначался утром после еды из расчета 10мг/кг/сутки однократно в день, 2 дня подряд (схема № 1). Курс лечения повторялся через 2 недели в той же дозе. При контрольном обследовании 89 детей через месяц, выявлено с энтеробиозом – 3 (3,3%). В результате проведенного лечения число инвазированных уменьшилось в 16 раз (с 52,8% до 3,3%) (таблица 1.).

В полузакрытом детском учреждении Мехрибонлик уйи № 10 нами были обследованы 112 детей в возрасте 7-16 лет. В результате обследования было выявлено 79 (70,53%) человек с энтеробиозом. В этом случае нами была применена следующая схема (схема № 2) назначения Альбендазола: он давался однократно в единой дозе 400 мг в разжеванном виде после ужина через 10-15 минут. После первого приёма альбендазол повторно назначался на 21 день лечения. Поражённость энтеробиозом после двукратного назначения уменьшилась в 19,75 раз (с 70,53% до 3,57%) (таблица 1.).

Таким образом, анализ полученных данных показал, что уровень поражённости энтеробиозом в детских учреждениях закрытого и полузакрытого типов до сих пор остаётся очень высоким. Но в учреждениях полузакрытого типа он выше из-за того, что дети ходят учиться в общую образовательную школу, где очень высок риск встречи (контакта) с инвазированными лицами. Применение обеих схем назначения Альбендазола показало очень высокую эффективность.

Таблица 1.

Эффективность массовой дегельминтизации альбендазолом от энтеробиоза детей

Объекты	Схемы назначения препаратов	До лечения			После лечения			Достигнуто снижение (в раз)
		Обследовано	Инвазированных абс.	%	Обследовано	Инвазированных абс.	%	
Мехрибонлик уйи № 9	200 мг в сутки однократно в течение 2-х дней. Повторный курс через 14 дней.	89	47	52,8	89	3	3,3	16
Мехрибонлик уйи № 10	400 мг в сутки однократно один день. Повторный курс через 21 день.	112	79	70,53	112	4	3,57	19,75

Однако применение второй схемы в учреждениях «полузакрытого» типа показало более высокую кратность эффекта по сравнению с первой схемой. То есть, второй метод применения Альбендазола во всех детских «организованных» коллективах может привести к резкому снижению инвазивности энтеробиозом даже при риске частой встречи (контакта) с источником инвазии (реинвазии). Этот метод может быть рекомендован к широкому применению в детских дошкольных и школьных коллективах.

Выводы:

1. На основании полученных данных проведённых нами исследований отмечается высокий уровень поражённости детских коллективов энтеробиозной инвазией от 52,8 до 70,53%.

2. Для эффективности проводимой терапии необходимо проведение массовой дегельминтизации в два тура. Наиболее эффективным мы нашли схему назначения препарата по 400 мг в сутки однократно после еды с повтором через 21 день.

Литература:

1. Астафьев Б.А. Достижения отечественной науки в изучении патогенеза гельминтозов // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. – 1998. – № 2. – С. 8-11.
2. Благова Н.Н. Некоторые факторы иммунитета у больных аскаридозом и энтеробиозом на фоне лечения албендазолом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.10 / Российский государственный медицинский университет. – Санкт-Петербург, 1997. – 25 с.
3. Возіанова Ж.І. Інфекційні і паразитарні хвороби. В 3 т. – К.: Здоров'я, 2000. – Т. 1. – С. 754-758.
4. Елгандиева Н.К., Абдиев Т.А. Ситуация по паразитарным болезням в Узбекистане // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. – 2000. – № 3. – С. 51-52.
5. Козлов А.С. Характеристика инвазионного процесса при повторных заражениях острицами // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. – 1987. – № 1. – С. 72-74.

6. Копанев Ю.А. Клинико-микробиологические особенности современного течения аскаридоза и энтеробиоза у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 03.00.07, 14.00.09 / Российская медицинская академия последипломного образования. – М., 2001. – 27 с.

7. Левчишина Г.И., Ермолова Р.С. Гельминтозы и острые кишечные инфекции // Острые кишечные инфекции. (Ленинградское НИИ эпидемиологии). – Вып. 4. – Л., 1980. – С. 65-67.

8. Маркин А.В. Вопросы профилактики важнейших гельминтозов в России // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. – 1995. – № 1. – С. 106-108.

9. Махмудова Л.Б. Исторические аспекты и современное состояние вопроса по гельминтозам в Самаркандской области. // Вестник врача. – 2011. - № 2. – С. 110-113.

**ЭНТЕРОБИОЗГА КАРШИ ОММАВИЙ
ДЕГЕЛМИНТИЗАЦИЯДА ЯНГИ
ЁНДАШУВЛАР**

Л.В. КАЧУГИНА, Т.А. ВАХОБОВ,
Д.А. САИДАХМЕДОВА, Г.А. РУСТАМОВА

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш
вазирлиги Л.М. Исаев номидаги тиббий
паразитология илмий-текшириш институти.
Самарканд Давлат тиббиёт институти.

Резюме. 201 нафар 3-16 ёшдаги болалар ва успиримларда энтеробиозга карши Албендазол билан оммавий дегелминтизация утказишда икки усул текширилди. Биринчи гуруҳга (89 киши) Альбендазол кунига 10 мг/кг бир маротабалик улчамда икки кун давомида белгиланган эди. Даволаш курси икки хафтадан кейин мазкур улчамда такроран берилган эди. Утказилган даволашлар натижасида инвазияга чалинган одам сони 52,8%дан 3,3%гача камайди. Иккинчи гуруҳга (112 киши) Альбендазол бир кун бир маротабалик 400 мг хисобидан белгиланди. Такрорий белгилаш 21 кундан кейин қилинди. Энтеробиозга чалинган бола сони 70,53%дан 3,57%гача камайди.

Калит сўзлар: энтеробиоз, албендазол, оммавий дегелминтизация.