

УДК 616.34-002-084(477.62)

Е.И. Беседина, Е.С. Жадан, Ю.А. Лыгина, Л.Д. Агаркова

**ПРОБЛЕМА ЭНТЕРОБИОЗА СРЕДИ ДЕТЕЙ ОРГАНИЗОВАННЫХ КОЛЛЕКТИВОВ
В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ. ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ
ЭНТЕРОБИОЗА***Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

Реферат. Целью работы было оценить эпидемиологическую ситуацию заболеваемости энтеробиозом в республике среди детей организованных коллективов. Энтеробиоз — одно из самых распространенных и часто встречающихся паразитарных заболеваний у детей. Болеют преимущественно дети дошкольного и младшего возраста, особенно дети организованных коллективов.

Ключевые слова: динамика заболеваемости, «упорный» энтеробиоз, организованные коллективы, пораженность энтеробиозом, иммунитет, профилактические мероприятия

Актуальность проблемы. Гельминтозы представляют собой серьезную проблему для мирового здравоохранения. Первое место среди них по распространенности занимает энтеробиоз — до 65% в общей структуре заболеваемости [8]. В последнее десятилетие в России ежегодно регистрируется около 1 млн больных гельминтозами, 70–90% из них — дети и подростки. В структуре гельминтозов ведущее место занимают энтеробиоз (70%) и аскаридоз (12%). Среди всех инвазированных на долю детей приходится 92,3% случаев энтеробиоза, заболеваемость энтеробиозом среди детей возрастной группы 0–14 лет может достигать 3365,5 на 100 тыс. населения [5], что значительно повышает актуальность изучения вопросов профилактики энтеробиоза в детском возрасте.

По данным Управления Роспотребнадзора по Ростовской области показатель заболеваемости энтеробиозом в 2015 году составил 748,2 на 100 тыс. населения, что на 8,8% выше уровня 2014 года (687,8 на 100 тыс. населения). Остается высокой заболеваемость среди детей организованных коллективов, преимущественно посещающих школы и ДДУ. Рост заболеваемости среди школьников 7–14 лет составил 4,7% (1060,5 против 888,6 на 100 тыс. населения), детей, посещающих ДДУ — 19,3% [10].

В Донецкой Народной Республике энтеробиоз также является значимой медицинской проблемой. Ввиду климатических и культурно-социальных условий можно предположить, что в ДНР и РФ энтеробиоз имеет сходную распространенность.

Несмотря на наличие многочисленных комплексов мероприятий по профилактике

и схем лечения энтеробиоза среди детей, достигнуть быстрого выздоровления удается не всегда. Профилактические мероприятия нуждаются в оптимизации, и в первую очередь — в плане выявления больных энтеробиозом детей в организованных коллективах.

Целью нашей работы было оценить эпидемиологическую ситуацию заболеваемости энтеробиозом в ДНР среди детей организованных коллективов и разработать актуальные направления профилактической работы.

Материалы и методы. По материалам отдела паразитологии Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора проведен ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости энтеробиозом за 2015 г., было обследовано 315607 человек, в том числе взрослых — 85285 человек, детей — 230325. Обследование на наличие яиц остриц проводилось методом «липкой ленты». Расчеты проводились в программе Microsoft Excel 2010.

Результаты и обсуждение. Известно, что общая продолжительность жизни остриц составляет около четырех недель. Жизненный цикл *Enterobius vermicularis* начинается в толстом отделе кишечника (место обычного паразитирования) с того момента, когда произойдет оплодотворение самки гельминта. После оплодотворения мужские особи погибают, а самки продвигаются к месту выхода из прямой кишки. Самка откладывает яйца в некоторых областях: вокруг анального отверстия, промежности, в ягодичных складках кожи.

Обычно этот процесс происходит в ночное время суток или рано утром. Яйца прикрепляются к поверхности кожи, раздражая её и вызывая чувство зуда. После откладывания яиц самка погибает. В момент откладывания яиц внутри них находится ещё не до конца зрелая личинка. Процесс созревания происходит примерно за 4–6 часов. Необходимым условием для этого процесса является поддержание оптимальной температуры тела на уровне 36,6 градусов Цельсия.

При откладывании яиц возникает сильное чувство зуда, что соответственно вынуждает

почесать в данных местах. При этом яйца с находящимися в них личинками, через грязные руки, могут, без труда распространиться на постельное бельё, под ногти, далее на посуду, предметы обихода, с легкостью попадают в ротовую полость и затем заглатываются. Заражение может происходить при несоблюдении правил личной гигиены: через немытые руки, предметы обихода, грязную посуду, постельные принадлежности, нательное белье.

Попав в кишечник, личинки выходят из яиц и начинают интенсивно расти. Примерно через 12–14 дней они вырастают и способны размножиться. В дальнейшем описанный выше цикл жизни снова повторяется.

Между степенью загрязнения окружающей среды и уровнем инвазированности населения наблюдается определенная зависимость, носящая наиболее выраженный характер в осенне-зимние месяцы года, что объясняется более длительным нахождением детей в этот период в помещении и, следовательно, более тесным контактом друг с другом, а также с игрушками и предметами обихода. Наибольший уровень пораженности энтеробиозом отмечается среди старших дошкольников, посещающих детские дошкольные учреждения и школьников младших классов [9].

Многие родители не знают или же не обращают внимания на признаки и состояние здоровья детей, а между тем вред, наносимый энтеробиозом здоровью человека, особенно ребенку, очень велик. Дети страдают от болей в животе, зуда в перианальной области, дискомфорта и расстройства пищеварения, расстройств нервной системы. При энтеробиозе возможно развитие осложнений, таких как острые кишечные заболевания, аппендицит, вульвовагинит. При лабораторных обследованиях отмечается высокая эозинофилия, высокие значения общего IgE в сыворотке периферической крови [3, 6].

Некоторые исследования свидетельствуют о высоком риске развития атопического дерматита и аллергического риноконъюнктивита при заболевании энтеробиозом [11]. Повышая аллергическую реактивность ребенка, инвазия *Enterobius vermicularis* способна даже привести к ложноположительным туберкулиновым пробам и симулировать вираж. Также острицы могут оказывать иммуносупрессивное воздействие на детский организм, подавляя развитие иммунитета после прививок (в частности — после введения антидифтерийной вакцины). В 18% случаев антитела после введения АКДС-вакцины не образуются, а в 14% случаев их количество не достигает защитного титра [4].

Изучение иммунного статуса у детей, больных энтеробиозом, показало значимое снижение интерферона-альфа в сыворотке крови (менее 2 ед./мл) и снижение активности лизоцима слюны в 1,5 раза при сохранении нормальной продукции интерферона-гамма. Через 5 месяцев после излечения от энтеробиоза содержание интерферона-альфа у детей достигало нормы (64 ед./мл и выше). Эти данные представляют особый интерес в плане установления причин иммуносупрессии, особенно часто встречающейся у детей [7].

Получены новые данные о факторах риска, предрасполагающих к заболеванию энтеробиозом, так установлена большая частота встречаемого т.н. «упорного» энтеробиоза у детей от матерей с патологическим течением II половины беременности; находящихся на раннем (до 3-х месячного возраста) искусственном вскармливании; имеющих аномалии развития — такие как аномалии прикуса зубов, глаз, раздвоенное и высокое небо, аномалия развития ушных раковин, кистей, стоп [1].

В результате проведенного нами обследования было выявлено 2626 человек с острицами, показатель на 100 тыс. населения составил 107,2, в том числе среди взрослых — 4,8, среди детей до 17 лет — 627,7.

Согласно полученным данным (рис. 1), наиболее высокая пораженность энтеробиозом отмечается среди детей детских домов (1886,8 на 100 тыс. населения) и детей школ — интернатов, спецшкол (1373,6 на 100 тыс. населения). Дети, воспитывающиеся в таких учреждениях, являются наименее социально защищенной группой населения. Отсутствие материнской опеки, частые госпитализации, постоянное проживание в закрытом коллективе определяют различные отклонения в состоянии здоровья этих детей. Воспитывающиеся вне семьи, они имеют худшие показатели здоровья в сравнении со сверстниками, воспитывающимися в семьях, по физическому, психическому, психомоторному и социальному развитию. Состояние здоровья этих детей обусловлено особенностями закрытого коллектива, наличием неблагоприятного преморбидного фона, отягощенным анамнезом (аномалии развития, заболевания ЖКТ, психические расстройства) [2].

Проанализировав причины пораженности энтеробиозом детей в организованных учреждениях, нужно отметить, что одной из главных причин является несоблюдение личной гигиены из-за недостаточных гигиенических навыков, наличие круглосуточных групп, высокая плотность детей в группах, совмещенность спальных комнат, нарушение

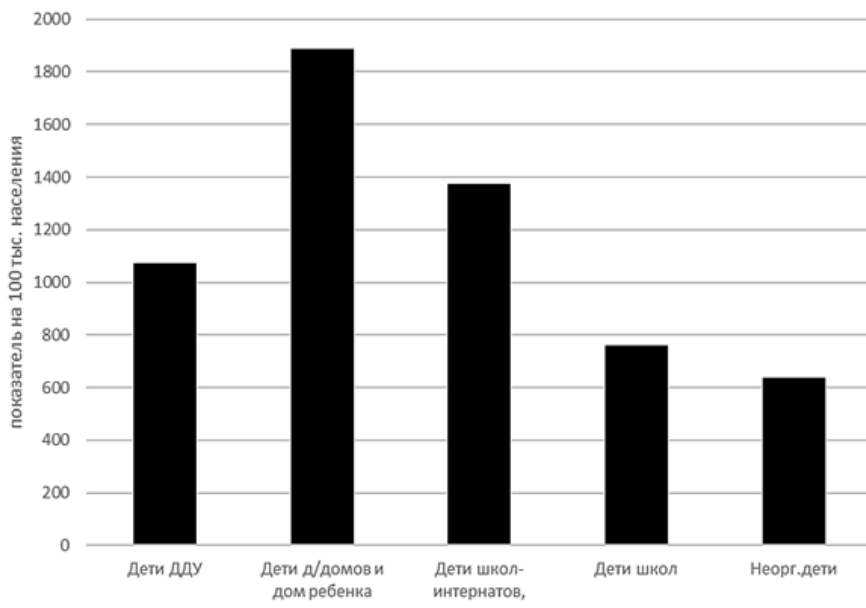


Рис. 1. Заболеваемость энтеробиозом среди различных групп детского населения Донецкой Народной Республики

санитарно-гигиенического режима, занос инвазий из детских больниц и отделений во время частых госпитализаций.

Для оптимизации профилактических мероприятий санитарно-эпидемиологическая служба республики должна контролировать санитарное состояние детских учреждений и акцентировать внимание сотрудников этих учреждений на ряд профилактических мероприятий, в частности на:

1. Своевременном выявлении больных энтеробиозом — плановое обследование детского населения, относящегося к декретированному контингенту; лабораторное обследование больных по клиническим показаниям.

Обследованию на энтеробиоз подлежат:

- дети дошкольных образовательных организаций;
- персонал дошкольных образовательных организаций;
- школьники младших классов (1–4);
- дети, подростки, лица, относящиеся к декретированному контингенту, при диспансеризации и профилактических осмотрах;
- дети, подростки по эпидемическим показаниям (часто болеющие острыми кишечными инфекциями, проживающие в антисанитарных условиях и социально неблагополучных семьях);
- дети, оформляющиеся в дошкольные и другие образовательные организации, дома ребенка, детские дома, школы-интернаты, на санаторно-курортное лечение, в оздоровительные организации;
- амбулаторные и стационарные больные детских поликлиник и больниц;
- декретированные и приравняемые к ним контингенты лиц;

- лица, контактные с больным (паразитоносителем) энтеробиозом;
- лица, получающие допуск для посещения плавательного бассейна.

Плановые профилактические обследования детей и обслуживающего персонала в детских дошкольных коллективах и коллективах младшего школьного возраста проводятся 1 раз в год (после летнего периода, при формировании коллектива) и (или) по эпидемическим показаниям.

Периодическому профилактическому плановому обследованию на энтеробиоз один раз в год подлежат лица,

относящиеся к декретированному контингенту.

2. Обязательном лечении выявленных заболевших энтеробиозом, обследование контактных (по группе, классу, семье).

3. Введении и соблюдении режима санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий при контагиозных инвазиях в организованных коллективах. Особое значение среди мероприятий по предупреждению распространения энтеробиоза в детских учреждениях имеет повышение уровня личной гигиены персонала и детей. В детских учреждениях и в семьях необходимо обеспечить ежедневную смену нательного белья или его проглаживание горячим утюгом; мытье рук должно проводиться часто, каждые 2 часа с двукратным намыливанием. В детских учреждениях с круглосуточным пребыванием детей, а также в семьях на ночь перед сном и утром после сна больных энтеробиозом детей необходимо мыть под душем теплой водой с мылом. Особенно тщательно мыть промежности, бедра, ягодицы, поясницу. На ночь больным энтеробиозом рекомендуется надевать плотно прилегающие трусики, пижаму. Ногти на руках детей и персонала детских учреждений должны быть коротко острижены, необходимо также устранить такие вредные привычки как грызть ногти и сосать пальцы. Наибольшее внимание при этом уделяется детям, имеющим высокую степень интенсивности инвазии.

4. Контроле состояния внешней среды: исследование смывов с предметов обихода, питьевой воды, воды в бассейнах, песка из детских песочниц.

5. Гигиеническом воспитании населения.

Таким образом, можно сделать вывод, что выявление зараженных энтеробиозом долж-

но осуществляться в процессе профилактических плановых мероприятий: у взрослых при трудоустройстве, у детей при оформлении в детский сад. Периодические обследования следует производить в соответствии с кратностью и порядком, определёнными нормативными документами, которые регламентируют работу паразитологической службы в ДНР.

E.I. Besedina, E.S. Zhadan, Yu.A. Lygina, L.D. Agarkova

THE PROBLEM OF ENTEROBIASIS AMONG CHILDREN OF ORGANIZED GROUPS IN DONETSK PEOPLE'S REPUBLIC. OPTIMIZATION OF THE PREVENTION OF ENTEROBIASIS

Abstract. *The aim of this work was to evaluate the epidemiological situation of the incidence of enterobiasis among Republic's children's organized collectives. Enterobiasis is one of the most common and frequently occurring parasitic diseases in children. Preschool and younger children, especially children of organized groups are mostly affected.*

Key words: *dynamics of morbidity, persistent enterobiasis, organized groups, affected by pinworms, immunity and prevention*

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдюхина Т.И., Константинова Т.Н. Энтеробиоз. Клиника, диагностика, лечение, эпидемиология, профилактика. К.; 2003. – 58 С.
2. Бодня Е. Энтеробиоз как медико-социальная проблема // С заботой о ребенке. – 2013 – №7. – С.10-13.

3. Ершова И. Б. и др. Неспецифические проявления гельминтозов у детей //Здоровье ребенка. – 2015. – Т.8, №68. – С. 45-50.
4. Лукшина Р.Г. Паразитарные болезни человека. К.: Издательский дом «ИНЖЭК», 2005. – С. 320-325.
5. Печкуров Д.В., Тяжева А.А. Глистные инвазии у детей: клиническое значение, диагностика и лечение // РМЖ. – 2014. – №3. – С.242.
6. Турлыбаева Ш. Ж. Современное состояние вопросов эпидемиологии и профилактики энтеробиоза //ИННОВАЦИЯЛЫҚ ЕУРАЗИЯ УНИВЕРСИТЕТІНІҢ ХАБАРШЫСЫ. – 2014. – С. 114.
7. Халафли Х.Н. Паразитоценоз кишечника пациентов с вирусными инфекциями в Азербайджане //Фундаментальные исследования. – 2013. – № 9-3. – С.496-500.
8. Черникова Е. А., Дрынов Г. И. Гельминтозы в практике врача-аллерголога //Астма и аллергия. – 2016. – №1. - С.27-32.
9. Эпидемиологическая ситуация по энтеробиозу среди организованных детских коллективов / Н.В. Елисеева, Н.В. Карбышева, М.А. Никулина [и др.] // Дальневосточный журнал инфекционной патологии. – 2012. - № 21 (21). – С. 168-172.
10. Эпидемиологическая характеристика гельминтозов в Ростовской области / Ковалев Е.В., Ненадская С.А., Леоненко Н.В., Портнова Г.В. // Сборник материалов межрегиональной научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы диагностики и профилактики инфекционных и паразитарных заболеваний на юге России», г. Ростов-на-Дону, 13-14 октября 2016 г. – с. 83-85.
11. Associations between atopic markers in asthma and intestinal helminth infections in Cuban schoolchildren / K. Vereecken, K. Kanobana, M. Wordemann [et al.] // *Pediatr. Allergy Immunol.* – 2012. – Vol. 23, № 4. – P. 332-338.