



УДК 616.995.1-053.2

Р.А. ФАЙЗУЛЛИНА, Е.А. САМОРОДНОВА, В.М. ДОБРОКВАШИНА

Казанский государственный медицинский университет

Клиника Казанского государственного медицинского университета

Гельминтозы в детском возрасте

Самороднова Елена Анатольевна

кандидат медицинских наук, ассистент кафедры пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии
с курсом детских болезней лечебного факультета

420012, г. Казань, ул. Толстого, д. 4, тел.: (843) 236-71-72, e-mail: elenesamorodnova@yandex.ru

В статье изложены вопросы этиологии, патогенеза, особенности клиники, диагностики, лечения и профилактики паразитарных заболеваний у детей.

Ключевые слова: дети, гельминтозы.

R.A. FAIZULLINA, E.A. SAMORODNOVA, V.M. DOBROKHASHINA

Kazan State Medical University, Kazan Medical University Clinic

Helminthiasis at childhood

The article summarizes the issues of etiology, pathogenesis, clinical features, diagnosis, treatment and prevention of parasitic diseases at children.

Keywords: children, helminthiasis.

«Все живое на земном шаре попало в очень цепкую «гельминтологическую паутину», которая сплеталась миллионами лет. Поселяясь в живом организме, эти агрессоры быстро осваиваются там, начинают размножаться. Одни оккупируют легкие, другие — мышцы, третьи — кишечник, четвертые — мозг. Даже в крови и костной ткани можно их встретить. Они способны вызывать самые серьезные заболевания у человека. А ущерб, который наносят глисты народному хозяйству, просто огромен».

К.И. Скрыбин

Гельминтозы — обширная группа паразитарных заболеваний, вызываемых гельминтами (паразитическими червями), которая в значительной степени определяет состояние здоровья населения. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), гельминтозы занимают 4-е место по степени ущерба, наносимого здоровью населения Земли (после диареи, туберкулеза и ишемической болезни сердца). Каждый год приблизительно каждый второй человек на планете заражается одним из 3-х основных видов гельминтов, что приводит к аскаридозу (1,2 млрд человек), анкилостомозу (900 млн) и трихоцефаллезу (до 700 млн).

Таким образом, ожидания, что к концу XX столетия большинство паразитарных заболеваний будет находиться под

контролем, не оправдались. Наоборот, они продолжают стойко существовать во всех развивающихся странах, особенно расположенных в зоне тропиков и субтропиков. В индустриально развитых странах Европы в последние два десятилетия ситуация также ухудшилась в связи с нарастающим завозом паразитарных болезней из эндемических стран. Еще одним неблагоприятным фактором является ослабление иммунного статуса населения вследствие эпидемии ВИЧ-инфекции, наркомании и экопатогенных воздействий.

Подобные тенденции наблюдаются и в России, где в последние годы зарегистрировано повышение заболеваемости гельминтозами. Так зафиксирован рост токсокароза (на 64% за 1 год), эхинококкоза (в 3 раза за 5 лет), отмечается увели-

чение заболеваемости среди детей, причем 75% в структуре заболеваемости паразитарными болезнями приходится на городское население.

Это связано со следующими причинами:

- общим ухудшением экономического положения большинства населения;
- значительным удорожанием лекарственных средств, предметов санитарии и гигиены;
- усилением миграции населения, вторжением городского населения в сельскую местность (работа на садовых участках, дачах, личных фермах), увеличением контакта человека с животными,
- ухудшением экологической ситуации.

В настоящее время известно около 256 видов гельминтов, паразитирующих у человека, причем 98 видов распространены на территории России и сопредельных стран, из них часто — 18-20, а чаще всего острицы, аскариды, власоглавы и карликовые цепни, причем нередко в сочетаниях.

По современной классификации, все гельминтозы человека подразделяют на три основные группы в зависимости от источника инвазии (заражения), путей заражения и факторов передачи.

1. Геогельминтозы — инвазии, возбудители которых развиваются в окружающей среде (без участия промежуточного хозяина) и передаются человеку через элементы окружающей среды (почву, овощи, ягоды и пр.), загрязненные инвазионными яйцами (личинками). Примерами геогельминтозов являются аскаридоз, трихоцефалез, стронгилоидоз, анкилостомидозы.

2. Биогельминтозы — инвазии, возбудители которых развиваются с участием промежуточных хозяев и передаются человеку через их ткани или другие факторы передачи. К этой группе относят тениаринхоз и тениоз, описторхоз, дифиллоботриоз, клонорхоз, фасциолез, парагонимоз, трихинеллез, эхинококкозы.

3. Контагиозные гельминтозы — инвазии, возбудители которых могут передаваться непосредственно от одного человека к другому без участия промежуточных хозяев. К ним относятся гименолепидоз, энтеробиоз, в некоторых случаях стронгилоидоз и цистицеркоз.

С учетом биологических особенностей, гельминтов подразделяют на три основных класса: Nematoda (нематоды — круглые черви), Cestoda (цестоды — ленточные черви) и Trematoda (трематоды — сосальщики).

Нематодозы — инвазии, вызываемые круглыми гельминтами. К ним относятся аскаридоз (возбудитель *Ascaris lumbricoides*), энтеробиоз (острица, *Enterobius vermicularis*), трихоцефалез (власоглав, *Trichocephalus trichiuris*), анкилостомидозы — анкилостомоз (*Ancylostoma duodenale*) и некатороз (*Necator americanus*), трихинелла (*Trichinella spiralis* и другие виды трихинелл) и др.

Цестодозы (инвазии, вызываемые ленточными гельминтами) развиваются при заражении человека бычьим, или невооруженным, цепнем (*Taeniarhynchus sagitanus*), свиным, или вооруженным, цепнем (*Taenia solium*), широким лентецом (*Diphyllobotrium latum*), карликовым цепнем (*Hymenolepis nana*), эхинококками (однокамерным — *Echinococcus granulosus* и многокамерным — *Echinococcus multilocularis*) и др.

Трематоодозы (инвазии, возбудителями которых являются сосальщики) вызываются кошачьей, или сибирской, двуусткой (*Opisthorchus felinus*), китайской двуусткой (*Clonorchis sinensis*), фасциолой, или печеночной, двуусткой (*Fasciola hepatica*) и др.

По специфической локализации в организме человека гельминтов классифицируют на кишечные и внекишечные, в том числе тканевые гельминтозы, когда паразиты размножаются не в кишечнике, а в мягких тканях макроорганизма.

Заражение человека гельминтами может происходить различными путями:

- пищевым — в результате заглатывания яиц гельминтов с немытыми овощами, фруктами и прочее, а также при употреблении мяса промежуточных хозяев, содержащих личинки гельминтов;
- водным — при питье воды из водоемов, в которых держатся личинки гельминтов;
- через кожу — встречается реже. Личинки некоторых гельминтов (например филярии) проникают в организм через укусы кровососущих насекомых, а личинки других (анкилостомы, шистозомы) способны активно проникать через кожу (при хождении босиком, лежании на земле и т. п.);
- через плаценту — также редкий путь заражения.

По данным паразитологического мониторинга, в течение жизни практически каждый человек нашей страны переносит паразитарное заболевание, причем чаще всего страдают дети. На долю школьников и детей младшего возраста приходится до 80% глистных инвазий. Кроме того, большинство исследователей выделяют среди них группу риска заражения энтеробиозом и другими гельминтозами:

- дети из многодетных и социально неблагополучных семей,
- длительно и часто болеющие дети, имеющие одновременно 7 и более стигм дизэмбриогенеза,
- дети, получавшие искусственное вскармливание (особенно неадаптированное),
- дети с отставанием в умственном и психическом развитии и низким уровнем навыков личной гигиены.

Воздействие гельминтов на организм ребенка весьма многообразно. Патогенное действие их заключается в следующем:

- Гельминты оказывают механическое воздействие на слизистые оболочки, что приводит к поражениям желудочно-кишечного тракта.
- Токсико-аллергическое воздействие при длительном нераспознанном гельминтозе вследствие жизнедеятельности гельминтов и выделения ими продуктов собственного обмена веществ, что приводит к формированию астеновегетативного синдрома, отставанию в физическом, умственном и психическом развитии.
- Гельминты используют питательные вещества из организма человека (белки, витамины, микроэлементы). Такие гельминты, как власоглавы, анкилостоматиды, являются гематофагами: они поглощают кровь человека, что приводит к развитию анемии.
- Миграция гельминтов и их личинок в жизненно важные органы и ткани (печень, желчевыводящие пути, легкие, головной мозг, орган зрения и др.) нарушает их нормальную функцию, а иногда и полностью выключает ее.
- Гельминтозы способствуют хронизации и удлинению сроков лечения тех заболеваний, с которыми сочетаются (кишечные инфекции, нарушения биоценоза кишечника, кожные заболевания и др.)
- На фоне гельминтозов снижается эффективность прививок, не достигается защитный уровень иммунитета при вакцинации и ревакцинации против столбняка, кори, дифтерии, коклюша.

Таким образом, на всех этапах пребывания в организме человека гельминты оказывают неблагоприятное влияние.

В процессе взаимодействия гельминта и макроорганизма различают ряд последовательных фаз, характеризующихся определенной симптоматикой:

- острая, или ранняя, фаза инвазии определяется аллергической реакцией организма немедленного или замедленного типа на личинки паразитов, совершающих сложную и продолжительную миграцию в человеческом организме (кровь, печень, легкие, серозные оболочки и др.). Продолжительность этой фазы инвазии составляет 2-4 недели, для нее характерна однотипность изменений, не зависящих от вида возбудителя, его локализации или путей миграции по организму;

- латентная фаза развивается вслед за острой и характеризуется постепенным созреванием юного гельминта в тропной ткани или органе;

- хроническая фаза гельминтозов отмечается при паразитировании взрослой особи.

- исходами инвазии (после изгнания или естественной гибели глиста) могут быть как полное выздоровление, так и разнообразные резидуальные явления (резидуальная фаза инвазии), приводящие иногда к инвалидности.

В остром периоде гельминтной инвазии ведущим патогенетическим фактором является сенсibilизация организма и его готовность к аллергическим реакциям при повторном поступлении антигенов гельминта, что характерно для всех гельминтозов, поэтому их относят к заболеваниям с обязательным аллергическим компонентом. В ответ на аллергены организм хозяина вырабатывает антитела (в основном Ig E и в меньшей степени – Ig A). Антитела класса Ig E при гельминтозах играют двоякую роль. Во-первых, они фиксируются на тучных клетках и базофилах крови, способствуя их дегрануляции при повторном воздействии антигенов паразита. Во-вторых, антитела этого класса обеспечивают фиксацию эозинофилов и тромбоцитов на гельминтах, наблюдаемую в тех случаях, когда гельминты по разным причинам не способны оказывать выраженное иммунодепрессивное действие на иммунную систему хозяина. Ферменты, выделяемые личинками гельминтов (гиалуронидаза, протеолитические ферменты), оказывают прямое повреждающее воздействие на организм больного, способствуя активации системы комплемента и выделению простагландинов клетками, окружающими гельминт. Эти процессы приводят к возникновению воспалительных реакций, облегчающих паразиту проникновение в ткани и обеспечивающих оптимальные условия для развития личинок. С этого же момента в организме хозяина начинаются процессы иммуногенеза с включением клеточных и гуморальных механизмов иммунитета. Ферменты и метаболиты, которые выделяют личинки, обладают высокой антигенной активностью, что приводит к развитию острых и даже генерализованных воспалительных реакций, характерных для острой фазы инвазии.

В латентном периоде инвазии развиваются более или менее распространенные или генерализованные пролиферативные реакции в стенках сосудов и органах с формированием гранулем и инфильтратов. В третьей (хронической) фазе поражение органов связано с системными васкулитами, эозинофильной инфильтрацией, диффузно-очаговым гранулематозом и сопровождающими их дистрофическими изменениями. Характер патологического процесса в этой стадии уже зависит от особенностей биологии паразитов, их количества, продолжительности жизни, возможности суперинвазии.

Клиническая симптоматика большей частью стертая и, кроме того, однотипная при разных гельминтозах. Это относится

к данным эпиданамнеза, поскольку источники инфекции и пути передачи при многих гельминтных инвазиях идентичны или близки. Приходится также учитывать зависимость клинических проявлений от фазы болезни. Многим гельминтозам присуще хроническое течение, причем ранний и поздний периоды болезни протекают неодинаково. Кроме того, гельминтозы нередко развиваются как сопутствующие заболевания, что существенно видоизменяет их клиническое проявление. Наконец, при гельминтозах в еще большей степени, чем при бактериальных инфекциях, течение болезни зависит от исходного состояния реактивности организма. Тяжелые формы некоторых гельминтозов преимущественно наблюдаются у лиц с иммунодефицитными состояниями. Особенно трудны для клинической диагностики нередкие полиинвазии гельминтов (они также характерны для иммунодефицитных больных).

Поэтому диагноз гельминтоза чаще всего ставится в хроническую стадию. Она проявляет себя клинически следующими синдромами:

- абдоминальный, включая диспепсию;
- аллергический (сыпи, экземы, бронхоспазм, эозинофильные инфильтраты в легких).
- токсикоз хронический (анорексия, слабость, вялость, полигиповитаминоз, синдром хронической усталости).
- анемический (чаще железодефицитная анемия, при дифиллоботриозе — пернициозная анемия) (табл.1).

Диагностика гельминтозов проводится на основании клинической картины болезни, а также лабораторных данных — обнаружения яиц, личинок или зрелых гельминтов и их фрагментов в крови, рвотных массах, моче, содержимого абсцессов и пунктатов, исследования кожи.

Специальные диагностические лабораторные методы делят на следующие группы:

- гельминтовооскопические (с обогащением и без обогащения);
- микрогельминтоскопические (энтеробиоз, тениозы);
- гельминтолартоскопические (рвотные массы, желчь, моча, мокрота, дуоденальное содержимое);
- биопсия мышц (тениозы);
- соскобы (энтеробиоз);
- иммунологические методы,
- эпидемиологические методы (сбор эпиданамнеза).

В настоящее время разработан новый метод выявления гельминтов — гистологическая копрология (Чернышева Е.С., 2002). Суть метода состоит в том, что пробы кала подвергаются специальной обработке, фиксируются с последующим изготовлением парафиновых блоков, срезов и окраской полученных препаратов тканевыми красителями, которые затем исследуются под микроскопом.

При изучении микропрепаратов характеризуется микробный фон кала. Несомненным достоинством метода является возможность диагностики некоторых гельминтозов по обнаруженным фрагментам червей и личинок, паразитирующих в кишечнике, в срезах кала окрашенных тканевыми красителями можно обнаружить мелкие нематоды, неполовозрелые особи и личинки нематод, которые имеют сходное гистологическое значение, а также яйца паразитов.

Особо важен сбор эпиданамнеза для выявления природноочаговых гельминтов и для диагностики ранней фазы гельминтоза, когда больной еще не выделяет яиц или личинок паразитов. В ранней фазе гельминтоза, а также при ларвальных гельминтозах (эхинококкозе, альвеококкозе) важную роль



Таблица 1
Клинические проявления гельминтозов у детей

Извращенный или сниженный аппетит	
Интоксикация	
Лихорадка	
Кожные покровы	Изменение цвета кожных покровов (желтушность, гиперпигментированные пятна); Крапивница; Подкожные узлы; Отеки; Кожные язвы
Лимфатические узлы	Лимфаденопатия
Костно-мышечная система	Миалгии, миозиты; Артралгии;
Органы дыхания	Бронхо-обструктивный синдром Приступы астмы
Сердечно-сосудистая система	Неспецифическая симптоматика
Желудочно-кишечный тракт	Абдоминальная боль; Гепато- и спленомегалия; Перианальный зуд
Мочевая система	Боли в поясничной области; Мочевой синдром (гематурия, дизурия, хилурия) Отеки на ногах
Половая система	Фанкулит; Эпидидимит; Гидроцеле или лимфоцеле; Рецидивирующие вульвовагиниты
Психический статус	Психомоторное возбуждение, психозы, бред, галлюцинации, аффективные расстройства; Отставание в умственном развитии, трудности в обучении
Поражение органа зрения	Поражение бровей и век, Конъюнктивит, Поражение роговицы, сетчатки
Системные васкулиты	
Отставание в физическом развитии	

играют иммунологические методы исследования: серологические реакции или аллергические диагностические пробы с антигенами гельминтов (наиболее эффективны при кишечных гельминтозах, когда секреты и экскреты гельминтов, обладающие антигенной активностью, попадают непосредственно в кровь хозяина). При многих гельминтозах определенное диагностическое значение имеют общий анализ крови, серологические реакции — РНГА, РСК, РЭМА (с энзим-мечеными антителами), ИФА, кожно-аллергические пробы.

Для правильного выбора лечения необходимо точно установить вид гельминта, стадию болезни, длительность инвазии. При этом следует учесть сопутствующие, чаще всего гастроэнтерологические заболевания. Сочетанное течение глистной

инвазии и заболеваний желудочно-кишечного тракта утяжеляет состояние ребенка и затрудняет выбор основных терапевтических мероприятий. Подход к лечению гельминтозов у детей должен быть комплексным и дифференцированным и основываться на общих принципах:

- адекватность препарата, дозы, курса;
- подготовка больного к специфическому лечению, где это необходимо (дача слабительных, клизмы, энтеросорбенты, диета);
- антигистаминные и гипосенсибилизирующие средства;
- санация окружения, семьи и детского коллектива, посещаемого ребенком;
- посиндромная терапия.

При наличии заболеваний органов пищеварения и гепатобилиарной системы (гастрит, дуоденит, энтероколит, гепатит и др.) как инфекционного, так и неинфекционного происхождения к лечению добавляются антибактериальные препараты, ферменты, прокинетики, пробиотики, энтеросорбенты и др.

Лечение тяжелых и среднетяжелых форм гельминтозов, а также сочетанных форм заболеваний проводится в стационарных условиях, так как в некоторых случаях больные нуждаются и в оперативном вмешательстве. Лечение неосложненных форм гельминтозов проводится амбулаторно, в дневных стационарах, организованных детских коллективах. При этом обязательно соблюдаются необходимые гигиенические мероприятия, а в некоторых случаях обследуются и лечатся члены семьи. По окончании лечения обязательно должен проводиться контроль его эффективности.

В настоящее время в нашей стране доступны препараты, обладающие высокой эффективностью, небольшими побочными проявлениями и удобные в применении. Многие из них высокоэффективны и при полиинвазиях. Все противоглистные препараты применяются перорально и, обладая низкой биодоступностью, вызывают небольшое количество побочных эффектов.

Выделяют следующие группы антигельминтных препаратов (табл. 2):

I. 1. Противонематодозные лекарственные средства:

а) оказывающие влияние на круглых червей — возбудителей кишечных гельминтозов — альбендазол, нафтамон, левамизол, пирантел, пиперазин и др.;

б) эффективные в отношении круглых червей — возбудителей внекишечных гельминтозов — альбендазол, диэтилкарбамазина цитрат, ивермектин.

2. Противоцестодозные лекарственные средства:

а) эффективные в отношении плоских червей — возбудителей кишечных гельминтозов — никлозамид;

б) эффективные в отношении плоских червей — возбудителей внекишечных гельминтозов — альбендазол.

3. Противотрематодозные лекарственные средства:

а) эффективные в отношении сосальщиков — возбудителей кишечных гельминтозов — перхлорэтилен;

б) эффективные в отношении сосальщиков — возбудителей внекишечных гельминтозов — битионол, хлоксин.

II. Антигельминтные лекарственные средства широкого спектра действия — альбендазол, мебендазол, празиквантел.

Профилактические мероприятия у детей, страдающих глистной инвазией, разносторонни и многообразны. Их четкое и целенаправленное осуществление позволяет не только



Таблица 2

Препараты для лечения гельминтозов человека (По Л.С. Страчунскому, Ю.Б. Белоусову, С.Н. Козлову, 2009)

Препарат	Показания к применению	Рекомендуемые дозы и схемы лечения	
		взрослые	дети
Альбендазол форма выпуска: таблетки по 400 мг, суспензия 20 мл (в 1мл 20 мг)	Аскаридоз Анкилостомидоз Гименолепидоз Гнатостомоз Капилляроз Лямблиоз Нейроцистелцироз Некатороз Стронгилоидоз Тениоз Трихоцефалез Трихинеллез Токсокароз Энтеробиоз Эхинококкоз	При энтеробиозе, аскаридозе, некаторозе, трихинеллезе — 0,4 г однократно (1 таб. или 20 мл суспензии) При стронгилоидозе, тениозе и гименолепидозе — 0,4 г каждые 24 ч в течение 3 дней При кожных мигрирующих личинках — по 0,4 г в течение 1-3 дней При системной глистной инвазии (эхинококкоз, альвеококкоз, нейроцистелцироз и др.) доза препарата зависит от вида паразита, массы тела пациента и тяжести заболевания и назначается по индивидуальной схеме. При токсокарозе - по 10 мг/кг/сут. двумя равными частями утром и вечером 7-14 дней	До 2 лет не применяется Старше 2 лет см. колонку взрослые Детям 2-12 лет - при лямблиозе 400 мг 1 раз в сутки в течение 7 дней
Левамизол форма выпуска: таблетки по 50 мг, 150 мг	Аскаридоз Анкилостомидоз	0,15 г однократно 0,15 г двукратно с интервалом 7-10 дней	2,5 мг/кг однократно 2,5 мг/кг - двукратно с интервалом 7-10 дней
Мебендазол форма выпуска: таблетки по 100 мг, суспензия (в 1 мл 20 мг)	Аскаридоз Анкилостомидоз Трихоцефалез Трихинеллез Энтеробиоз Эхинококкоз	0,1 г каждые 24 ч. в течение 3 дней 0,1 г каждые 12 ч. в течение 3 дней 0,1 г каждые 12 ч. в течение 3-6 дней 0,3-0,6 г/сут в 3 приема 7-14 дней 0,1 г однократно по индивидуальной схеме	Разовые дозы: до 3 лет - 0,025 г 3-6 лет - 0,05 г, старше 7 лет - 0,1 г Схемы назначения как у взрослых
Пирантела памоат таблетки по 250 мг, суспензия 15 мл (в 5 мл 250 мг)	Аскаридоз Анкилостомидоз Энтеробиоз	10 мг/кг однократно 10 мг/кг каждые 24 ч. в течение 3 дней 10 мг/кг двукратно с интервалом 1 нед.	Разовые дозы: 6 мес-2 лет — 62,5 мг; 2-6 лет - 0,125 г; 6-12 лет - 0,25 г; 12-15 лет - 0,375 г Схемы назначения как у взрослых
Празиквантел таблетки по 0,15, 0,5, 0,6 г	Описторхоз Клонорхоз Парагонимоз Шистосомозы Гименолепидоз Дифиллоботриоз Тениаринхоз Тениоз	75 мг/кг/сут. в 3 приема 1 день 40-75 мг/кг/сут. в 2-3 приема, 1 день 20-25 мг/кг двукратно с интервалом 10 дней 20-25 мг/кг однократно	До 2 лет не применяется
Никлозамид таблетки по 0,25 г	Гименолепидоз Дифиллоботриоз Тениаринхоз Тениоз	2,0-3,0 г/сут.	до 2 лет - 0,5 г/сут. 3-5 лет - 1,0 г/сут. 5-12 лет - 1,5 г/сут.
Диэтилкарбамазин таблетки по 0,05, 0,1 г	Филяриатозы	6 мг/кг/сут. в 3 приема в течение 10-28 дней	До 6 лет не применяется

снизить частоту распространенности гельминтов в детском возрасте, но в ряде случаев надеяться на полную ликвидацию отдельных видов.

Неспецифические профилактические мероприятия обязательно должны включать:

- формирование здорового образа жизни;
- соблюдение санитарно-гигиенических навыков в семье, детских учреждениях, больницах (мытьё рук после улицы, туалета, каждый ребенок, член семьи должен иметь собственные предметы личной гигиены и т. п.);
- правильная кулинарная обработка пищевых продуктов. Большой риск поражения гельминтами при потреблении сырокопченых, свежемороженых, плохо термически обработанных продуктов. Необходимо тщательным образом мыть фрукты, овощи, ягоды;
- употребление только фильтруемой водопроводной или кипяченой воды;
- предотвращение фекального загрязнения окружающей среды;
- правильное содержание домашних животных, их обследование на гельминты, дегельминтизация;
- раннее выявление больных, своевременное их лечение.

К специфическим профилактическим мероприятиям можно отнести химиопрофилактику наиболее распространенных нематодозов (энтеробиоз и аскаридоз) детям групп риска по заражению гельминтозами.

Показания к медикаментозной профилактике гельминтозов:

1. Дети, посещающие организованные детские коллективы (детсады, школы).
2. Постоянный контакт с домашними животными.
3. Контакт с землей (проживание в сельской местности, игры в песке и т. п.).
4. Стойкая эозинофилия в течение нескольких месяцев.

Экспертами ВОЗ рекомендуется проводить химиопрофилактику 1-2 раза в год, лучше всего весной, через 1-2 месяца после таяния снега (апрель-май), и осенью, когда начинаются заморозки (октябрь-ноябрь). Профилактический курс точно такой же, как лечебный, для этого применяются антигельминтные препараты с широким спектром действия.

Система профилактических мероприятий будет несовершенной без компетентности медицинских работников, их ответственности, высокого профессионализма, а также государственных программ, направленных на предупреждение и снижение заболеваемости детского населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лысенко А.Я., Владимирова М.Г., Кондрашин А.В., Майори Дж. Клиническая паразитология. Под общ. редакцией Лысенко А.Я. Руководство. Женева, ВОЗ: 2002. 752 с.
2. Поляков В.Е., Лысенко А.Я. Гельминтозы у детей и подростков. М.: Медицина, 2003. 256 с.
3. Авдюхина Т. И., Константинова Т. Н. Энтеробиоз. Клиника, диагностика, лечение, эпидемиология, профилактика: учеб. пособие для врачей. М., 2003. 56 с.
4. Бронштейн А.М., Малышев Н.А. Гельминтозы органов пищеварения: кишечные нематодозы, трематодозы печени и ларвальные цестодозы (эхинококкозы). Рус. мед. журнал 2004; 12: 4: 208-211.
5. Торопова Н.П., Сафронова Н.А., Синявская О.А. Дерматозы и паразитарные болезни у детей и подростков: Аспекты патогенеза, клиники, диагностики, лечения и профилактики: Прак. пособие для врачей педиатров, дерматовенерологов, аллергологов. 2-е изд., перераб. и доп. Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2008. 60 с.
6. Сальникова С.И. Фармакотерапия гельминтозов у детей. Российские аптеки 2006; 6: 33-35.
7. Страчунский Л.С., Козлов С.Н. Современная антимикробная химиотерапия. Руководство для врачей. М.: Изд-во МИА, 2009. 448 с.



ПРОСИМ ВАС ОБРАТИТЬ ВНИМАНИЕ НА СЛЕДУЮЩИЕ ПОРЯДОК И ФОРМУ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ РУКОПИСЕЙ В ЖУРНАЛ «ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА»

Рукописи можно предоставить по адресу:

420012, г. Казань, а/я 11 или,

по согласованию с редакцией, на e-mail: maltc@mail.ru

В первом случае рукописи подаются в двух экземплярах с электронной версией (CD, дискета). Рукопись должна сопровождаться ясной информацией об отправителе и ответственном авторе материала: фамилия, имя, отчество, почтовый адрес (с индексом), тел., e-mail. Эти данные необходимы для ведения переписки, направления рецензий и другой корреспонденции.

Журнал ориентирован на практикующих врачей, поэтому приветствуются статьи в виде лекций для врачей на актуальную тему и обзоры литературы, отражающие современное состояние проблемы диагностики, профилактики и лечения отдельных заболеваний и синдромов.

Объем статей: для оригинальной работы — не более 10 страниц; для лекции или обзора литературы — не более 15 страниц; для описания клинического наблюдения — не более 5 страниц.