

УДК 616.995.121–031

Д.В.Тихонова,
к.м.н., врач-инфекционист Клинико-
диагностического центра Первого МГМУ
им. И.М. Сеченова

D.V. Tikhonova,
PhD, infectious diseases doctor of the Clinical
and diagnostic centre of the I.M. Sechenov
First MSMU

ТЕЧЕНИЕ ДИФИЛЛОБОТРИОЗА У РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА

THE COURSE OF DIPHYLLOBOTHRIASIS IN THE EARLY AGE CHILD

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Дина Валерьевна Тихонова, врач-инфекционист
Клинико-диагностического центра
Адрес: 119435, г. Москва, ул. М. Пироговская, д. 20
Телефон: 8 (499) 246–26–96
E-mail: tihonova-dv@mail.ru
Статья поступила в редакцию: 08.10.2014
Статья принята к печати: 22.10.2014

CONTACT INFORMATION:

Dina Valerjevna Tikhonova, infectious diseases doctor of the Clinical
and diagnostic centre
Address: 20 M. Pirogovskaya str., Moscow, 119435
Tel.: 8 (499) 246–26–96
E-mail: tihonova-dv@mail.ru
The article received: 08.10.2014
The article approved for publication: 22.10.2014

Аннотация. В настоящем исследовании рассматривается случай дифиллоботриоза у ребенка раннего возраста проживающего в г. Москве и не выезжающего в эндемичные по заболеванию регионы. В клинической картине помимо диспепсического синдрома отмечалось и психогенное влияние паразитарной инвазии, приводящее к головным болям, нарушению сна, утомляемости. При лабораторном обследовании пациента обращала на себя внимание эозинофилия крови. Диагноз дифиллоботриоз был установлен через месяц после появления первых жалоб и клинических симптомов.

Annotation. This study reviews the case of difilllobothriasis with a child of a young age living in Moscow and not travelling to endemic disease regions. In the clinical picture in addition to dyspeptic syndrome the psychogenic effect of parasitic invasion leading to headaches, insomnia and fatigue was also noted. During the laboratory examination of the patient eosinophilia of blood drew the attention. The diagnosis was determined a month after the first complaints and clinical symptoms.

Ключевые слова. Дифиллоботриоз, клинический диагноз, паразитарные болезни.

Keywords. Diphylllobothriasis, clinical diagnosis, parasitic diseases.

АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Паразитарные болезни у детей остаются одним из самых частых видов патологии. Массовое распространение паразитозов регистрируется во всех регионах мира. Экспертная оценка ВОЗ свидетельствует, что по числу больных гельминтозы стоят на третьем месте в мире среди всех инфекционных и паразитарных болезней и составляют ежегодно 1,4 млрд. больных [1]. По оценкам специалистов, число больных паразитозами в России превышает 20 млн. человек и имеет тенденцию к увеличению.

Паразитарные болезни по-прежнему занимают ведущее место в структуре инфекционной и паразитарной заболеваемости, за исключением острых

респираторных вирусных инфекций. Изменившаяся социально-экономическая обстановка и ухудшившаяся экологическая ситуация способствовали эволюции эпидемического процесса многих инфекционных и паразитарных болезней [2]. Социально-экономическое реформирование, начавшееся в стране в середине восьмидесятых годов, и сопровождающееся почти повсеместными нарушениями технологических режимов производства рыбной продукции, а также правил ее реализации, привело к осложнению эпидемической ситуации по биогельминтозам.

Неблагополучная эпидемическая ситуация сохраняется в очагах биогельминтозов — описторхоза, дифиллоботриоза, при которых течение бо-

лезни сопровождается хронизацией процесса и осложнениями [3]. Доля дифиллоботриозов в заболеваемости паразитарными болезнями в России составляет около 3%. Основные очаги этого биогельминтоза сосредоточены в республиках Хакасия, Саха (Якутия), Эвенкийском, Ненецком, Таймырском и Коми-Пермяцком автономных округах. Это обусловлено продолжающейся практикой употребления в пищу термически необработанной рыбы и малосоленой икры из щуки, что связано с недостаточной работой по информированию населения о мерах личной профилактики дифиллоботриоза [4].

Дифиллоботриоз — кишечный биогельминтоз, имеющий хроническое течение и сопровождающийся преимущественно поражением тонкого кишечника, нарушением функций верхнего отдела пищеварительного тракта, при тяжелом течении — развитием анемии пернициозного типа. Вызывается гельминтами, относящимися к семейству *Diphyllobothriidae*. Одним из таких паразитов является лентец широкий *Diphyllobothrium latum*. Дополнительными или вторыми промежуточными хозяевами *D. latum* являются щука и окунь. Продолжительность жизни половозрелого гельминта в кишечнике человека может длиться до 10 лет. Лентец чайный *Diphyllobothrium dendriticum* является доминантным паразитом лососевидных рыб. В качестве окончательных хозяев *D. dendriticum* могут выступать человек, собака и кошка, но общая продолжительность их жизни в организме окончательных хозяев не превышает 1,5–2 мес.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшение результатов лечения и профилактики дифиллоботриоза на основе изучения клинико-анамнестических аспектов заболевания.

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

В структуре заболеваемости 75% составляет взрослое население. Однако в последние годы наблюдается рост заболеваемости среди детей даже раннего возраста. Ниже приводится описание течения дифиллоботриоза у такого ребенка.

Мама больной Л., 3 года и 4 месяца, обратилась в отделение медицинской паразитологии и тропической медицины КДЦ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова в октябре 2013 г. Жалобы при обращении со слов мамы на тяжесть в животе. Со слов мамы ребенок болен около одного месяца, беспокоили боли в животе в околопупочной области, тошнота, однократно — рвота, беспокойный сон, быстрая утомляемость. За несколько дней до обращения к врачам мама в фекалиях ребенка заметила образование до 30 см в длину молочно-белого цвета, плоское, напоминающее «лапшу».

При осмотре в отделении состояние ребенка удовлетворительное. Кожа чистая, сухая. Периферические лимфатические узлы не увеличены. По органам без патологии. Печень и селезенка не увеличены. Из эпидемиологического анамнеза известно, что ребенок проживал в г. Москве, летом 2013 г. выезжал с родителями в страны Европы, регулярно употреблял в пищу икру лососевых рыб свежего посола, привезенную с п. Камчатка.

При лабораторном исследовании в анализе кала на яйца глист, личинки, простейшие патологии выявлено не было. В анализе крови клиническом при обращении: гемоглобин составил 133 г/л, лейкоциты — $9,21 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилы — 22%, лимфоциты — 58%, эозинофилы — 12%, СОЭ — 5 мм/ч. При УЗИ гепатобилиарной системы, селезенки, поджелудочной железы патологии не выявлено. Микроскопическое исследование представленного биологического материала определило наличие стробилы *Diphyllobothrium* spp. (рис.).



Рис. Часть стробилы *Diphyllobothrium* spp.

ОБСУЖДЕНИЕ

На основании жалоб, клинико-анамнестических данных, результатов лабораторного обследования установлен диагноз: дифиллоботриоз. Учитывая данные эпидемиологического анамнеза (употребление икры лососевых рыб), был сделан вывод о более вероятном заражении ребенка чайным лентецом. Проведено лечение празиквантелом в течение одного дня, дозировка рассчитывалась исходя из веса пациента. Лечение девочка перенесла удовлетворительно. В течение трех месяцев наблюдения отсутствовали эпизоды отхождения фрагментов паразита.

Через два месяца после лечения при лабораторном исследовании в анализе крови клиническом: гемоглобин — 136 г/л, лейкоциты — $7,4 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилы — 3%, лимфоциты — 50%, СОЭ — 6 мм/ч.

При трехкратном исследовании кала яйца, глист выявлены не были.

Клинический пример демонстрирует то, что в клинической картине помимо диспепсических симптомов отмечалось и психогенное влияние паразитарной инвазии, приводящее к головным болям, нарушению сна, утомляемости. Обращала на себя внимание эозинофилия крови до 12%, обусловленная сенсibilизацией организма антигенами гельминта. Мы не наблюдали развитие анемии и признаков поражения периферических нервов, что может быть связано с развитием раннего периода болезни.

ВЫВОДЫ

Тенденция ухудшения обстановки по паразитозам, в т. ч. по дифиллоботриозу, требует усовершенствования мер борьбы и профилактики. Для предотвращения заражения следует употреблять в пищу рыбу после тщательной тепловой обработки или длительного посола, последнее касается и икры лососевых рыб. При уточнении диагноза в своей практической деятельности врачу следует помнить, что время от времени отстробилы паразита отрываются и выделяются с фекалиями крупные фрагменты, после чего на короткий срок яиц может быть немного или они исчезают совсем. Таким образом, при подозрении на дифиллоботриоз и отсутствии яиц в кале копроовоскопию следует повторить через 5–10 дней.

Список литературы

1. Онищенко Г.Г. О мерах по усилению профилактики паразитарных болезней в России // *Медицинская паразитология и паразитарные болезни*. 2001; 1: 3–5.
[Onishchenko G.G. On measures for strengthening the prevention of parasitic diseases in Russia // *Meditinskaya parazitologiya i parazitarnye bolezni*. 2001; 1: 3–5.]
2. Брико Н.И., Покровский В.И., Миндлина А.Я. Эпидемиология — основная профилактическая дисциплина современной медицины // *Сеченовский вестник*. 2011; 1(3)—2(4): 5–9.
[Briko N.I., Pokrovsky, Mindlina A.Ya. Epidemiology as a basic prophylactic discipline in contemporary medicine // *Sechenovskiy vestnik*. 2011; 1(3)—2(4): 5–9.]
3. Никонова Л.А. Дифиллоботриоз в бассейне Воткинского водохранилища и меры его профилактики. Автореф. дисс. канд. вет. наук. М. 2009. 20 с.
[Nikonova L.A. Diphyllbothriasis in Votkinsk reservoir and measures for its prevention. Ph.D. diss. abstract. M. 2009. 20 p.]
4. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 25 декабря 2007 г. № 94 «Об усилении мероприятий по предупреждению паразитарных заболеваний и элиминации малярии в Российской Федерации».
[The Resolution of the Chief State Sanitary Doctor of the Russian Federation of December 25, 2007 № 94 «On strengthening measures for prevention of parasitic diseases and malaria elimination in the Russian Federation».]