

УДК 616-002.951.3

БОДНЯ Е.И., СКЛЯРОВА В.А.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого

ВРОЖДЕННАЯ ПЕРЕДАЧА КИШЕЧНЫХ НЕМАТОДОЗОВ

Во многих странах геогельминтозы возглавляют общую статистику, а кишечный паразитоз, вызываемый *Ascaris lumbricoides*, встречается более чем у 50 % населения земного шара [2, 4]. Аскариды легко распознаются на основании больших размеров и внешнего сходства с крупными бледно окрашенными земляными червями. Аскаридоз является вторым гельминтозом по массовости в Украине. Условия для распространения аскаридоза в городах отсутствуют. Тем не менее доля горожан среди зарегистрированных больных аскаридозом устойчиво составляет около 2/3. Эта ситуация связана с массовым заражением горожан на дачных участках и употреблением зелени и овощей, купленных на рынках и в магазинах.

В последние годы по официальным статистическим данным отмечается, что заболеваемость наиболее массовыми гельминтозами в Украине снижается. Однако при этом не учитывается, что это снижение происходит на фоне резкого сокращения числа диагностических исследований, и именно этой причиной оно и объясняется, поскольку других объективных предпосылок к улучшению обстановки в Украине по паразитарным заболеваниям нет.

Также в связи с реорганизацией санитарной службы и сокращением почти повсеместно врачей-паразитологов не проводятся общепринятые противопаразитарные мероприятия в очагах гельминтозов. При обнаружении аскарид и остриц у детей или взрослых врачи-педиатры, семейные врачи, терапевты не проводят дообследование или профилактическое лечение всех членов семьи, не уделяют достаточно внимания механизмам и путям передачи гельминтов, не обращают внимание пациентов на возможность не только фекально-орального, но и воздушно-пылевого механизма заражения.

Однако многих проблем, связанных с присутствием гельминтов, можно избежать, если вовремя проводить обследования на гельминтозы. Своевременная диагностика гельминтозов в гинекологии важна при воспалительных заболеваниях органов малого таза; инфекциях, передающихся половым путем; планировании беременности; бесплодии и т.д. Наличие гельминтов приводит к нарушению менструального цикла, развитию фиброзной и фиброзно-кистозной мастопатии, кист яичников, бесплодия, кист и абсцессов бартолиновой железы, острых и хронических вагинитов, вульвитов, других воспалений влагалища

и вульвы. Так, энтеробиоз обнаруживают у 30–50 % пациенток с рецидивирующим кандидозным кольпитом, аскаридоз — у 10–25 % [5, 7]. У женщин, страдающих гельминтозами, может наблюдаться привычное невынашивание беременности, угроза прерывания беременности, самопроизвольный аборт в ранние сроки беременности или преждевременные роды. Для гельминтно-протозойных инфекций характерна аллергическая симптоматика, которая является следствием сенсибилизации организма экскреторно-секреторными продуктами метаболизма и антигенами паразитов [1, 6]. При этом в Приказе № 234 «Про організацію профілактики внутрішньолікарняних інфекцій в акушерських стаціонарах», в котором освещены все современные подходы к профилактике внутрибольничных инфекций, гельминтозы даже не упоминаются.

В акушерстве и гинекологии, как, впрочем, и в других отраслях медицины, специалисты руководствуются утвержденными законодательством протоколами и приказами МЗ Украины. Однако некоторые из них изрядно устарели и не имеют практического значения. А те, которыми продолжают пользоваться (ввиду отсутствия более современных), требуют проведения исследования кала на яйца гельминтов. При этом упускается из виду, что рекомендуемый анализ кала на яйца гельминтов абсолютно не информативен при энтеробиозе, личиночной стадии большинства гельминтозов, а также при интритканевых гельминтозах.

Как подчеркивают некоторые авторы, паразитарные болезни часто оказываются последними в цепи дифференциально-диагностического мышления врача [3]. Хотя доля людей, страдающих кишечными нематодами, велика, о течении этих инвазий у беременных женщин, как и о влиянии их на плод, известно мало. Врожденная передача нематодозов у человека недостаточно диагностируется [8]. Наблюдение Mandarino (2001): выделение яиц анкилостомы у ребенка установили в возрасте 60 дней, но симптомы инвазии у него появились через 15 дней после рождения. В Африке яйца анкилостомы обнаруживают у 10 % новорожденных в возрасте 5 недель [13]. В другом наблюдении у ребенка 15 мес. выявили стронгилоидоз, но диарея у него началась на 12-й день после рождения [14].

© Бодня Е.И., Склярова В.А., 2013

© «Актуальная инфектология», 2013

© Заславский А.Ю., 2013

Chu и соавторы сообщили об аскаридозе у новорожденного, мать которого страдала поражением кишечника и плаценты [12]. Передача через плаценту в подобных случаях наиболее вероятна.

Заражение аскаридозом происходит при заглатывании зрелых (содержащих эмбрионы) яиц из обсемененной почвы или с загрязненной пищей. Яйца с пылью могут попадать ингаляционным путем, а смешанные с секреторируемой слизью — заглатываться.

Согласно данным литературы, при пероральном заражении минимальный инкубационный период составляет 6 дней. Этот период необходим для завершения цикла миграции и созревания в организме человека (пенетрация слизистой кишечника — легкие — бронхиальный секрет — глотка — повторное попадание в тонкую кишку). После последней линьки (20–30-е дни инвазии) происходит половое созревание молодых особей. Таким образом, яйца появляются в кале только через 2 месяца.

Приводим случай аскаридоза у новорожденного.

У ребенка, родившегося с нормальной массой тела (3570 г) и быстро переведенного с материнского на искусственное вскармливание, на 1-й неделе жизни появился частый жидкий стул, который объяснили погрешностями в кормлении. На 3-й неделе состояние больного ухудшилось, в жидком стуле появились кровянистые выделения. При поступлении в клинику через 1 месяц после рождения ребенок был малоактивен, бледен, его масса тела составляла 3650 г. Оплодотворенные яйца аскарид у него обнаружили еще через 1 неделю. Было проведено лечение и отмечен быстрый клинический эффект. Через 1 месяц после окончания лечения яйца аскарид в стуле больного не обнаружены. При копрологическом исследовании кала у матери были выявлены яйца аскарид и власоглавок.

У ребенка яйца аскарид были обнаружены через 40 дней после рождения, это свидетельствует о врожденном характере заболевания. Предположение о заражении новорожденного яйцами, выделяемыми матерью, во время родов исключается, так как свежие яйца не представляют опасности и требуют не менее чем недельного пребывания во внешней среде, где происходит созревание личинки при достаточном доступе кислорода.

Не исключено попадание инвазионных яиц из почвы через загрязненные руки или молочные железы матери. Однако экспериментально установленный инкубационный период значительно превышал возраст ребенка в данном случае. Предположение о сокращении инкубационного периода за счет прямого цикла, как у *Ancylostoma duodenale*, в отношении *A. lumbricoides* никогда не подтверждалось в литературе. В то же время симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта больного, которые отмечались через 7 дней после рождения, предполагают появление взрослых гельминтов уже в эти сроки.

Кишечные расстройства и ничтожная прибавка массы тела (80 г) у ребенка в течение первых 40 дней

могли быть обусловлены и другими причинами, но наличие кишечного паразитоза нельзя не учитывать. Как известно, аскариды могут приводить к определенной степени нарушения всасывания, в том числе лактозы и др. На это следует обратить особое внимание, так как на первой стадии жизни молоко является практически единственным источником питательных веществ для ребенка.

Необходимо отметить быстрый и отчетливый клинический и паразитологический эффект от лечения левамизолом.

Хотя взрослых паразитов обнаружить в кале ребенка не удалось, можно говорить об инвазии *A. lumbricoides* (единственного возбудителя кишечного аскаридоза человека) [2].

К сожалению, очень часто встречается недостаточная диагностическая настороженность в отношении гельминтов у беременных. А ведь вовремя проведенная диагностика гельминтозов и своевременная терапия позволят избежать диагностических и лечебных ошибок при анемии, раннем токсикозе и других заболеваниях.

В работах прошлых лет было показано, что в период беременности материнский организм больше подвержен действию гельминтов и простейших. Так, М.А. Петров-Маслаков (1965) указывал, что влияние гельминтов на беременных проявляется в отрицательном воздействии на организм в целом и на отдельные его системы, в патологических изменениях плаценты, приводящих к нарушению жизнеспособности внутриутробного плода, в преждевременном прерывании беременности [9]. Описан случай выявления яиц остриц в материале ткани эндометрия после кюретажа полости матки при несостоявшемся выкидыше у беременной женщины [15].

У женщин с нематодозами наблюдается прямая взаимосвязь между интенсивностью инвазии и объемом кровопотерь в родах [22]. Кровотечения в раннем послеродовом периоде у инвазированных беременных наблюдались в исследованиях разных авторов с частотой от 15 до 25 % случаев [16–18]. Это связано с тем, что гельминты влияют на свертывающую систему крови путем изменения ферментативной функции печени. Согласно как отечественным, так и зарубежным данным, у 15–17 % родильниц, имеющих инвазию аскаридами, наблюдаются кровотечения в раннем послеродовом периоде, не находящие объяснения акушерской патологией [5, 19, 20].

Инвазия гельминтами оказывает токсический эффект на эмбрион, что может привести к дефектам или гибели плода [10, 11]. Так, экспериментальные исследования J. Blaszkowska (2005) на мышах показали, что аскаридоз нарушает развитие зародыша, приводя к его гибели или к появлению дефектов его развития [11].

L.M. Da Costa-Macedo и L. Rey (1990), изучая *Ascaris lumbricoides* у новорожденных, выявили врожденную передачу инфекции от матери ребенку, подтвержденную копрологическим анализом. При этом у 40-дневных малышей отмечались диарея, отставание

в развитии и недостаточная прибавка веса. Материнский аскаридоз был диагностирован за два месяца до родов и подтвержден при дальнейшем обследовании [21].

Однако задача выявления беременных женщин, имеющих риск гельминтно-протозойного заражения или страдающих аскаридозом, токсокарозом или энтеробиозом, для акушера-гинеколога особенно трудна, так как вся слабовыраженная неспецифическая симптоматика этих инвазий маскируется симптомами не только разнообразных соматических заболеваний, но и раннего токсикоза и гестоза. Поэтому с целью выявления факторов риска контактно-бытового инфицирования, а также уточнения аллергологической и неспецифической паразитологической симптоматики при наличии у беременных женщин сочетания признаков раннего токсикоза, анемии, гипотонии, многоводия, аллергических проявлений, угрозы прерывания беременности и преждевременных родов необходимо обследование на гельминтно-протозойные инвазии. Наилучшим же вариантом является обязательное обследование на гельминтно-протозойные инвазии на этапе планирования беременности.

Однако уже существующие проблемы, связанные с паразитированием гельминтов, можно решить благодаря антигельминтным препаратам широкого спектра действия на основе альбендазола.

Таким образом, при своевременной качественной диагностике и лечении больных гельминтозами, с учетом индивидуального выбора, правильного дозирования препаратов, подбора и соблюдения методики можно достичь высокой клинической эффективности, которая является весомым вкладом в общий комплекс оздоровления населения.

Список литературы

1. Атопический дерматит у беременных / Битюцкая В.В., Мешкова Р.Я., Кондратенко Н.Н. [и др.] // *Аллергология*. — 2006. — № 3. — С. 34-37.
2. Бессонов А.С. Современное состояние и перспективы развития паразитологии в XXI веке // *Медицинская паразитология и паразитарные болезни*. — 1998. — № 2. — С. 3-7.
3. Бодня К.І. Ентеробіоз як медико-соціальна проблема. Нові підходи до оздоровлення від ентеробіозу: метод. рекомендації / К.І. Бодня, Л.М. Мухарська, Р.В. Шаламов. — К.: МОЗ, 2007. — 12 с.
4. Возіанова Ж.І. Інфекційні і паразитарні хвороби: В 3 т. — К.: Здоров'я, 2001. — Т. 1. — 854 с.
5. Давыдова Ю.В. Беременность и гельминтозы // *Медицинские аспекты здоровья женщины*. — 2009. — № 5. — С. 24-29.
6. Евсюкова И.И. Влияние заболеваний матери и осложненной беременности на развитие аллергических реакций у новорожденных и детей раннего возраста // *Аллергология*. — 2001. — № 1. — С. 37-44.
7. Егорова Е.В. Паразитарные инвазии и их роль в развитии заболеваний женских половых органов // *Грибковые и*

некоторые паразитарные заболевания женских половых органов. — М.: Медицина, 1988. — С. 45-48.

8. Назаренко С.И. Выявленный случай врожденного токсокароза / Назаренко С.И., Мозговая Л.А., Назаренко Л.В. // *Новости «Вектор-Бест»*. — 2000, июнь. — № 2. — С. 16.

9. A case of ovarian enterobiasis / S.T. Hong, M.H. Choi, J.Y. Chai [et al.] // *Korean J. Parasitol.* — 2002. — Vol. 40, № 3. — P. 149-151.

10. Blaszkowska J. Developmental abnormalities in chicken embryos after injection proteolysis inhibitors from *Ascaris suum* // *Wiad. Parazytol.* — 2002. — Vol. 48 (1). — P. 55-64.

11. Blaszkowska J. Effect of *Ascaris* trypsin inhibitor on fetal development of mice // *Wiad. Parazytol.* — 2005. — Vol. 51 (2). — P. 133-138.

12. Costa-Macedo L.M., Rey L. *Ascaris lumbricoides* in Neonate: Evidence of Congenital Transmission of Intestinal Nematodes // *Rev. Inst. Med. Trop. Sao Paulo*. — 1999. — Vol. 32, № 5. — P. 351-354.

13. Epidemiology and the effect of treatment of soil-transmitted helminthiasis in pregnant women in southern Thailand / P. Chaikongkeit, S. Korvittanagarn, C. Petrueng [et al.] // *Southeast Asian J. Trop. Med. Public Health*. — 2009. — Vol. 40, № 2. — P. 211-222.

14. Gimez-Delgado A. Prevalence and risk factors associated with intestinal parasitoses in pregnant women and their relation to the infant's birth weight / A. Gimez-Delgado, R. Rivera-Cedillo // *Ginecol. Obstet. Mex.* — 2002. — Vol. 70. — P. 338-343.

15. Invasion of human embryo by *Enterobius vermicularis* / E. Mendoza, M. Jordà, E. Rafel [et al.] // *Arch. Pathol. Lab. Med.* — 1987. — Vol. 111, № 8. — P. 761-762.

16. Prevalence and risk factors associated with intestinal parasitoses in pregnant women and their relation to the infant's birth weight / Rodriguez-Garcia R., Rodriguez-Guzman L.M., Sanchez-Maldonado M.I. [et al.] // *Ginecol. Obstet. Mex.* — 2002 Jul. — № 70. — P. 338-343.

17. Sushi in pregnancy, parasitic diseases — obstetrician survey / J.L. Jones, B. Anderson, J. Schulkin [et al.] // *Zoonoses Public Health*. — 2011. — Vol. 58, № 2. — P. 119-125.

18. Swaim L.S. An uncommon cause of vaginal bleeding in a child / L.S. Swaim, B. Zietz, Z. Qu // *Obstet. Gynecol.* — 2007. — № 110. — P. 416-420.

19. Therapy for common parasitic diseases in pregnancy in the United States: a review and a survey of obstetrician/gynecologists' level of knowledge about these diseases / J.L. Jones, J. Schulkin, J.H. Maguire // *Obstet. Gynecol. Surv.* — 2005 — Vol. 60, № 6. — P. 386-393.

20. Trichuris and hookworm infections associated with anaemia during pregnancy / T.W. Gyorkos, N.L. Gilbert, R. Larocque, M. Casapia // *Trop. Med. Int. Health*. — 2011. — Vol. 16, № 4. — P. 531-537.

21. Vose L. Pinworm in pregnancy // *J. Midwifery Womens Health*. — 2012. — Vol. 57, № 2. — P. 184-187.

22. Wang H.W. Six cases of pinworm ectopic infection in endometrium. [Article in Chinese] // *Zhongguo Ji Sheng Chong Xue Yu Ji Sheng Chong Bing Za Zhi*. — 2003. — Vol. 21, № 4. — P. 202.

Получено 03.09.13 □