© Дикий Б.М., Кондрин О.Є., 2008
УДК 616.995.121

Б.М. Дикий, О.Є. Кондрин

МЕДИЧНІТАСОЦІАЛЬНІПРОБЛЕМИГІМЕНОЛЕПІДОЗУ

Івано-Франківський державний медичний університет

Окреслено коло проблем епідеміології, діагностики, клініки та лікування хворих на гіменолепідоз. Наведені основні підсумки вивчення окремих патогенетичних ланок хвороби, клінічних особливостей та пошуку способів ефективного лікування. Обґрунтовано необхідність удосконалення системи епіднагляду за гіменолепідозом.

Ключові слова: *гіменолепідоз, епідеміологія, діагностика, лікування.*

Гельмінти є однією з найдавніших і найчисельніших форм життя на нашій планеті. В світі зареєстровано близько 342 види гельмінтів, що спричиняють захворювання у людини. На території України широко розповсюджені приблизно 30 з них, решта виявляються в окремих випадках. За офіційними даними ВООЗ, паразитарні хвороби займають третє місце за поширеністю, з них 89 % припадає на частку гельмінтозів [1].

В Україні щороку реєструється близько 550-600 тис. інвазованих гельмінтами та найпростішими людей, що складає 53 % усієї інфекційної захворюваності (без грипу та ГРЗ) [1]. На думку багатьох спеціалістів, рівень ураження гельмінтами значно вищий, але діагностуються вони незадовільно [2]. За даними Інституту медичної паразитології (1990), кількість хворих на різні паразитози, в тому числі і гельмінтози, щонайменше в 10 разів перевищує дані офіційної статистики. За прогнозами Українського центру санітарно-епідеміологічного нагляду, що ґрунтується на дослідженнях обласних санепідемстанцій, частота цієї патології буде неухильно зростати [2].

Аналіз захворюваності на контактні гельмінтози (ентеробіоз, гіменолепідоз) в Івано-Франківській області показав виражений підйом ураження гельмінтами населення регіону. Особливо несприятливою стала ситуація із гіменолепідозом, захворюваність на який досягла в 1998 р. 42,15 та в 1999 р. – 62,71 на 100 тис. населення області, порівняно із 1995 р. – 1,09 на 100 тис. населення (середній показник по Україні 1,0 на 100 тис. населення) [3].

Гіменолепідоз – пероральний контактний гельмінтоз людини, з групи цестодозів, на розповсюдження якого суттєво впливають кліматичні та соціально-економічні фактори, рівень культури і харчування. Уперше карликових ціп'яків у клубовій кишці 12-річного хлопчика, який помер від менінгіту, виявив Bilharz в Каїрі. У Росії вперше діагностував гіменолепідоз професор В.А. Ананьєв в 1890 р. в Санкт-Петербурзі [4].

Гіменолепідоз розповсюджений на Земній кулі практично повсюдно, в різних кліматичних зонах. Але найширше – серед населення південних кліматичних зон. В Україні, за даними професора Р.Г. Лукшиної (2005), гіменолепідоз частіше трапляється в південних областях – районах сухого та спекотного клімату – на територіях, які є несприятливими для розповсюдження аскаридозу – природно-ендемічної інвазії. Відсутність частого поєднання цих інвазій у людини пояснюють наявністю відносного антагонізму у цих гельмінтів, який зумовлений особливостями мікрофлори кишечнику господаря, склад якої змінюється залежно від виду гельмінта та інтенсивності інвазії.

Однак, як показали епідеміологічні дослідження з вивчення впливу гіменолепідозу на перебіг епідемічного процесу при інших глистяних інвазіях, напружені осередки хвороби є інтенсивними територіями поліінвазій. Так, у районах Прикар-

паття з високим ступенем ураженості на гіменолепідоз (у дітей до 18 років 72,6 %, а у дорослих – 38,1 %), аскаридоз виявлено у 32,5 % дитячого та 21,4 % дорослого населення, а ентеробіоз – відповідно у 51,8 та 16,3 % обстежених. У районах з низькою захворюваністю на гіменолепідоз аскариди виявлялися у 20,6 % обстежених дітей та 12,8 % дорослих, гострики – відповідно у 29,5 та 9,2 % [3].

У період найвищих показників захворюваності на гіменолепідоз у Прикарпатті, зокрема в 1998 р., зафіксовано стрімке зростання (в 11 разів) кількості інвазованих серед дорослих [3]. Серед уражених дорослих 59,7 % – батьки та близькі родичі інвазованих дітей. Більшість дорослих із сімейних осередків гіменолепідозу без достатньої настороги ставились до «дитячого» захворювання, сприймаючи окремі симптоми як прояв інших хвороб, перш за все, хронічної патології травного каналу [6].

Серед хворих на гіменолепідоз у всіх вікових групах переважали жінки (68,6 % всіх обстежених), що пояснюється як тіснішим контактом жінок із дітьми, так і, здебільшого, їх обов'язками в сімейному розподілі праці (закупівля продуктів харчування, приготування їжі, прибирання тощо). Більшість обстежених (77,9 %) – міські жителі, що зумовлено, очевидно, кращими можливостями для діагностики хвороби [6].

У більшості хворих на гіменолепідоз (69,3 % обстежених) доведено контактно-побутовий характер інвазії, що свідчить як про значну контамінацію довкілля гельмінтом, так і про недостатню санітарно-гігієнічну настороженість населення до можливого джерела інфікування. Приналежність 57,9 % хворих до сімейних осередків хвороби підтверджує контактний характер гельмінтозу та залишається його основною епідеміологічною ознакою [6].

Особливістю більшості паразитарних хвороб є хронічний перебіг, пов'язаний з багаторічною присутністю збудника в організмі хворого, що визначається тривалістю життя паразита або частими реінвазіями. Це значною мірою стосується гіменолепідозу, при якому в кишках інвазованого одночасно паразитують статевозрілі і личинкові форми. Така особливість розвитку гельмінта може призвести до того, що досить помірне початкове число паразитів не тільки не зменшується з часом, а зростає, і якщо внаслідок первинного зараження в кишечнику паразитували кілька десятків особин, то через кілька місяців їх число зростає до сотень і навіть тисяч [4]. Основною причиною хронічного перебігу захворювання є автосуперінвазія – процес інвазії ворсинок кишечнику онкосферами, які звільняються від яєць. Вона спостерігається в осіб частіше ослаблених, обтяжених іншими інфекціями, ектопаразитами, а також при неповноцінному харчовому раціоні з дефіцитом вітамінів. Важливим фактором, який визначає ймовірність та частоту повторних заражень, є суперінвазійний імунітет, напруженість якого коливається та залежить від багатьох причин (вік, інтенсивність первинного інфікування, супутні захворювання, конституційні особливості тощо) [5]. Окрім ворсинок кишечнику, цистицеркоїди можуть розвиватися в інших органах і тканинах – у печінці, солітарних фолікулах кишечнику, в брижових лімфовузлах, що було встановлено в експериментальних тварин. Однак у цих тканинах личинки не розвиваються та, зберігаючись, можливо, є причиною хронічного алергозу, пов'язаного з гіменолепідозом, описаного Б.А. Астафьєвим [5].

В патогенезі гіменолепідозу, поряд із механічним пошкодженням личинками і дорослими особинами слизової оболонки, важлива роль належить явищам інтоксикації, порушенню функції печінки (антитоксичної і білковоутворюючої), дезінтеграції ферментативних систем, розвитку дисбактеріозу та зниженню місцевого імунітету кишечнику [4]. Подразнення нервових рецепторів слизової оболонки тонкої кишки призводить до виникнення вісцеро-вісцеральних патологічних рефлексів, а потім – до порушення функції шлунка, печінки та інших органів [7]. Місцеві деструктивні та запальні процеси порушують продукцію клітинами пероксидрадикалів, що веде до утворення та накопичення в крові і тканинах продуктів перекисного окислення ліпідів і білків, які, як і продукти метаболізму, володіють токсичними властивостями. Внаслідок порушення захисних та адаптивних механізмів цей процес з місцевого трансформується у загальний [8].

Проведені на базі нашої кафедри дослідження дозволили поглибити уявлення про окремі патогенетичні ланки гіменолепідозу. Зокрема встановлено наявність вираженої метаболічної інтоксикації, в тому числі і за рахунок посилення та незавершеності процесів пероксидації на фоні пригнічення системи антиоксидантного захисту у хворих на гіменолепідоз. Виявлені порушення місцевого імунітету та дисбіотичні процеси в кишечнику, підвищення активності кишкових протеаз у хворих на гіменолепідоз, зумовлені впливом

власне карликового ціп'яка на організм хворого, на нашу думку, сприяють поглибленню ендотоксикозу. Вивчення взаємозалежності клініколабораторних критеріїв ендотоксикозу та дисбіозу кишечнику від тривалості хвороби дозволило виявити певні закономірності. Із збільшенням тривалості інвазії, на тлі достовірного порушення мікроекології кишечнику, відмічено посилення явищ ендотоксикозу, порушення місцевого імунітету та мікроекології кишечнику, що відіграє при гіменолепідозі роль пускового механізму і є, на нашу думку, первинним у комплексі різних факторів посилення ендотоксикозу [8]. У відповідь на місцеві порушення організм реагує загальними реакціями, в першу чергу активацією процесів ПОЛ та посиленням детоксикаційної функції печінки. З часом виражені зміни відбуваються у взаємодії прооксидантно-антиоксидантної систем накопиченням проміжних і кінцевих продуктів пероксидації організму. Метаболіти гельмінта та ендотоксини бактерійних клітин разом з продуктами пероксидації сприяють розвитку ендотоксикозу організму. В умовах тривалого паразитування карликового ціп'яка з частими внутрішніми автоінвазіями, ці процеси замикаються в патологічні кола, що, на нашу думку, не дозволяє організмові самостійно справитись з гельмінтною інвазією. Виявлені порушення місцевого імунітету кишечнику та динаміка вмісту секреторного імуноглобуліну класу А в копрофільтратах хворих на гіменолепідоз свідчать про імуносупресивний вплив гельмінта [8]. Тому суперечливим видається сподівання окремих дослідників на поступове видужання хворого на гіменолепідоз без застосування етіотропної терапії [5].

Для гельмінтозів характерна неспецифічність клінічної симптоматики, хронічний або латентний перебіг (із повільним порушенням функції різних органів і систем). Через зазначені особливості створюється враження слабкого їх впливу на організм людини [2]. Однак багаторічна присутність збудника супроводжується постійним патогенним впливом метаболітів гельмінтів, що найчастіше проявляється алергізацією, імунною депресією, авітамінозом, ураженням травного каналу та інших органів. Присутність гельмінтів в організмі людини ускладнює перебіг інших захворювань [7].

Аналіз клінічних симптомів у хворих на гіменолепідоз не дозволяє виділити окремі специфічні чи патогномонічні симптоми хвороби, що утруднює діагностику хвороби за клінічними ознаками. Поєднання ж симптомів диспепсичного, астено-невротичного, загально-інтоксикаційного, алергічного та мезенхімально-запального характеру спостерігається у більшості хворих на гіменолепідоз. Проведення прицільного обстеження хворих з подібними ознаками на виявлення яєць гельмінта є актуальним на етапі діагностики гіменолепідозу в сучасних умовах [6].

Окремого обговорення заслуговує проблема лікування хворих на гіменолепідоз. Констатуючи зростання рівня ураженості населення на гіменолепідоз, ми відзначили також недостатню ефективність методів лікування, які використовуються, високий відсоток рецидивів (до 30 %), ускладнень хвороби. Перелік специфічних препаратів, ефективних проти карликового ціп'яка, на фармацевтичному ринку України обмежується двома імпортними середниками (більтрицид та ворміл). Застосування активних сучасних протиглистяних середників виявило низьку ефективність запропонованих схем, розвиток резистентності гельмінтів, рецидивів хвороби, навіть після збільшення дози та числа курсів лікування [3]. Один із шляхів вирішення цієї проблеми – пошук нових сучасних протиглистяних середників [9]. Тому очевидно, що розробка сучасних ефективних протиглистяних препаратів повинна стати державним замовленням для вітчизняних вчених.

Дослідженнями, проведеними на базі нашої кафедри, встановлено, що під впливом протиглистяної терапії, коли лікування хворих проводиться без урахування місцевих і загальних патогенетичних механізмів хвороби, організм зазнає негативного впливу, подібного до своєрідного стресу, який зумовлений як дією хімічної речовини протигельмінтного препарату, так і токсичними продуктами руйнування гельмінтів. Відбувається поглиблення мікроекологічних порушень у кишечнику та посилюється диспропорція в прооксидантно-антиоксидантній системі організму, що призводить до наростання метаболічної ендогенної інтоксикації та не дозволяє ефективно провести елімінацію гельмінта з організму [8]. Інший шлях підвищення ефективності хіміотерапії, сформульований ще в 1940 р. К.І. Скрябіним та Р.С. Шульцем, – вплив на організм хворої людини, залишається і сьогодні основою підходу до лікування хворих на гельмінтози [10]. На нашу думку, лише комплексне, спрямоване на всі па-

тогенетичні ланки хвороби, лікування хворих на гіменолепідоз дозволяє не лише провести ефективну санацію організму без шкоди для здоров'я, але й запобігає рецидивам та ускладненням хвороби [8]. Отримані дані обґрунтовують необхідність продовження та розвитку досліджень в цьому напрямку. Зокрема, подальший науковий пошук необхідно зосередити на вивченні взаємодії карликового ціп'яка з імунною системою організму та пошуку шляхів впливу на ці процеси.

Підсумовуючи, звернемо окрему увагу на соціальні аспекти проблеми гіменолепідозу. Існує декілька основних причин, що дають пояснення високому рівню захворюваності на гельмінтози населення України. Це, насамперед, недооцінка державними органами охорони здоров'я впливу цих захворювань на здоров'я населення, відсутність адекватної профілактики, забруднення навколишнього середовища яйцями гельмінтів внаслідок скидання стічних вод, збільшення кількості домашніх тварин, які утримуються в міських квартирах, міграція населення, дуже низька інформативність стандартних лабораторних методик виявлення гельмінтів тощо [2].

Серед причин значного розповсюдження гіменолепідозу епідеміологи відмічають міграцію та урбанізацію населення, надмірну вологість при високій температурі в весняно-літні місяці, що сприяє розвитку збудника інвазії, а також порушення санітарно-гігієнічного режиму, пов'язані з частими перебоями у водопостачанні, відключенням гарячої води, поширенням стихійної торгівлі продуктами харчування у невстановлених місцях. Суттєвий вплив на розповсюдження хвороби мала відмова від проведення щорічних копрологічних обстежень дитячого населення та несвоєчасність дезінфекційних заходів через недостатнє фінансування медичної галузі [3]. Але більшість цих факторів притаманна не тільки для Прикарпаття. Так, органами виконавчої влади майже на всіх адміністративних територіях країни прийняті рішення щодо заборони стихійної торгівлі продуктами харчування, але вони не виконуються. Порушується експлуатація водогонів, не проводиться їх очистка та дезінфекція. Мають місце часті прориви водогінних мереж, несвоєчасна ліквідація аварій. Високий рівень захворюваності пов'язаний із вживанням населенням неякісних харчових продуктів, забрудненої питної води, порушенням правил особистої гігієни, технології приготування страв у побуті, забрудненням довкілля. Зниження життєвого рівня і санітарної культури широких верств населення, низький рівень благоустрою населених місць призводять до погіршення епідемічної ситуації щодо гельмінтозів повсюдно.

Високі показники ураження населення Прикарпаття гельмінтозами, зокрема гіменолепідозом, очевидно, є свідченням, передусім, ефективної діагностики хвороби, а також тісної співпраці епідеміологів, паразитологів, лаборантів, інфекціоністів, лікарів інших спеціальностей щодо виявлення та лікування таких хворих. Тому розробка комплексних санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів, спрямованих на покращення діагностики гельмінтозів, удосконалення епіднагляду, а також тісний взаємозв'язок епідеміологів, клініцистів, організаторів охорони здоров'я на всіх рівнях, на нашу думку, сприятимуть зниженню рівня ураження населення контактними гельмінтозами.

Література

1. Бодня Е.И. Проблемы профилактики паразитозов в современных условиях // Новости медицины и фармации. – 2005. – № 20-22. – С. 9.
2. Єршова І. Новий підхід до лікування гельмінтозів // Ліки України. – 2004. – № 4. – С. 35-36.
3. Матейко Г.Б., Дикий Б.Н., Кирияк А.П. Клинико-эпидемиологическая характеристика гименолепидоза в Ивано-Франковской области // Мед. паразитология и паразитарные болезни. – 2000. – № 4. – С. 35-37.
4. Возіанова Ж.І. Інфекційні і паразитарні хвороби: В 3-х т. – К.: Здоров'я, 2001. – Т. 1. – С. 777-782.
5. Паразитарные болезни человека / Лукшина Р.Г., Локтева И.М., Павликовская Т.Н. – 2-е изд., перераб, и доп. – Х.: ИНЖЭК, 2005. – 472 с.
6. Кондрин О.Є. Епідеміологічна та клінічна характеристика хворих на гіменолепідоз // Галицький вісник. – 2005. – № 4. – С. 108-110.
7. Інфекційні хвороби у загальній практиці та сімейній медицині / За ред. М.А. Андрейчина. – Тернопіль: ТДМУ, Укрмедкнига, 2007. – 500 с.
8. Дикий Б.М., Кондрин О.Є., Прокоф'єва О.О., Герасимчук Л.О. Вплив комплексної терапії на динаміку показників дисбіозу та місцевого імунітету кишечнику у хворих на гіменолепідоз // Проблеми зооінженерії та ветеринарної медицини: Зб. наук. праць. Ветеринарні науки. – Харків, 2006. – С. 289-294.
9. Крамарєв С.О., Єршова І.Б., Бондаренко Г.Г. Гельмінтози у дітей та підлітків. – Київ-Луганськ: Луганський держ. мед. ун-т, 2006. – 120 с.
10. Озерецковская Н.Н. Подходы отечественной школы паразитологов-иммунологов к терапии паразитарных болезней // Мед. паразитология и паразитарные болезни. – 1998. – № 2. – С. 12-16.

MEKICAL ANK SкCIAL PRкBLEMS кF HYMENкLEPIASIS

B.M. Dyky, O.Ye. Kondryn

SUMMARY. A circle of problems of epidemiology, diagnostics, clinics and treatment of patients with hymenolepiasis is outlined. There is resulted an information about the basic results of study of separate pathogenetic mechanisms of disease development, clinical features and search of methods of effective treatment. The necessity of improvement of the system of epidemiological supervision after hymenolepiasis is proved.

Key words: *hymenolepiasis, epidemiology, diagnostics, treatment.*

Шановні колеги!

25-26 вересня 2008 року в м. Хмельницькому відбудеться науково-практична конференція на тему: “**Вакцинопрофілактика та імунотерапія інфекційних хвороб**”.

Програма конференції буде присвячена обговоренню актуальних питань вакцинопрофілактики інфекційних хвороб в Україні з урахуванням світового досвіду. Розглядатимуться сучасні тенденції вакцинології, показання і протипоказання до вакцинації, можливі побічні реакції та ускладнення, а також запобігання їм. Обговорюватиметься застосування різних імунотропних засобів у лікуванні інфекційних хворих та удосконалення такої терапії. У дні роботи конференції відбудеться спеціалізована виставка медикаментів, медичного обладнання та інформаційних матеріалів.

Науково-практична конференція внесена до Реєстру з’їздів, симпозіумів та науково-практичних конференцій, які проводитимуться у 2008 р., затвердженому Міністром охорони здоров’я України і Президентом АМН України.

Адреса і контактні телефони в Тернополі:

Оргкомітет конференції інфекціоністів, кафедра інфекційних хвороб, медуніверситет, Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001.

(0352) **52-47-25** служб., **80679270768** моб. – чл.-кор. АМНУ, проф. Михайло Антонович Андрейчин,

(0352) **25-19-66** служб., **80503775985** моб. – доц. Олег Любомирович Івахів,

Факс: (0352) **52-72-69**. E-mail: olivakhiv@ukr.net

Оргкомітет.