

Тур Ю. Г., Малейчик С. А.

К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ АНИЗАКИДОЗА

Научные руководители: канд. мед. наук, доц. Манкевич Р. Н., ассист. Кастюкевич Л. И.

Кафедра детских инфекционных болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Анизакидоз — новая проблема возрастающего в настоящее время значения. Осведомленность врачей-инфекционистов в ней крайне мала, из-за чего диагностика и лечение данного гельминтоза представляют трудности.

Цель: оценить сложности диагностики и консервативного лечения анизакидоза.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт амбулаторных пациентов с диагнозом: паразитоз. При верификации диагноза учитывались жалобы, данные эпидемиологического анамнеза, клинические данные. Проведены лабораторные исследования: определялись антитела к аскаридам IgG (≥ 11 DU - положительно), антитела к нематодам рода анизакид IgG (≥ 1.00 - положительно), антитела к токсокарам. Анализ кала на яйца гельминтов. Полученные результаты обработаны методами математической статистики.

Результаты и их обсуждение. Нами было обследовано 6 пациентов из одной семьи: 2 ребенка (мальчик 4,5 года, мальчик 7 лет), родители (мать 37 лет, отец 37 лет), бабушка 60 лет, дедушка 62 года.

Из эпидемиологического анамнеза выяснено, что все обследуемые в течении 2 лет постоянно употребляли в пищу сырую рыбу (форель).

Основными жалобами, которые предъявляли пациенты, были: тошнота и диарея в 100% случаев, метеоризм в 83,3 % случаев (5 из 6), сыпь на коже в 66,7% случаев (4 из 6). Половина пациентов жаловалась на боли в животе в области пупка.

При объективном осмотре у всех пациентов наблюдался энтеритный стул (кашеобразный до 3 раз в сутки без патологических примесей). При осмотре кожных покровов отмечалась сухость кожи с элементами лихенификации в области живота, внутренней поверхности бедер, тыльной поверхности кистей рук, у мальчика 4,5 года имел место хейлит.

При пальпации живота у большинства пациентов выявлено вздутие живота при этом у мамы имели место тянущие резкие боли внизу живота.

При лабораторном исследовании антитела к аскаридам и токсокарам не выявлены ни у одного пациента. Результаты анализа кала на яйца гельминтов у всех пациентов были отрицательны. При исследовании антител к нематодам рода анизакид, IgG-1.275 DU были выявлены только у одного пациента. Пациенты получили консервативное лечение (альбендазол в возрастных дозировках курсом 6 дней).

У пациента с подтвержденным диагнозом анизакидоз и мальчика после проведенного лечения симптомы несколько ослабли, но полностью не исчезли, у остальных отмечалось клиническое выздоровление.

Выводы. Таким образом, пациентов, употребляющих сырую рыбу и имеющих клинические признаки паразитоза, необходимо обследовать на анизакидоз. Следует учитывать, что при наличии клинической симптоматики не всегда имеет место лабораторное подтверждение, поэтому требуется повторное обследование. Консервативное лечение анизакидоза 6-ти дневным курсом альбендазола не всегда является эффективным.