

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЭНТЕРОБИОЗУ ДЕТЕЙ

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1.1 Код(ы) МКБ-10:

МКБ-10	
Код	Название
B80	Энтеробиоз

1.2 Дата разработки протокола: 2017 год.

1.3 Сокращения, используемые в протоколе:

ЖКТ	желудочно кишечный тракт;
МКБ	международная классификация болезней;
ОАК	общий анализ крови;
ОАК	общий анализ крови;
УД	уровень доказательности.
УЗИ	ультразвуковое исследование;

1.4 Пользователи протокола: инфекционисты, педиатры, врачи общей практики, фельдшера.

1.5 Категория пациентов: дети.

1.6 Шкала уровня доказательности:

А	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
В	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или Высококачественное (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
С	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической

	ошибки (+), результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++) или (+), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.
GPP	Наилучшая клиническая практика.

1.7 Определение[1,2]:

Энтеробиоз (лат. enterobiosis; англ. enterobiasis, oxyuriasis) – антропонозный контагиозный (космополитный) гельминтоз, проявляющийся зудом в перианальной области, диспепсическими расстройствами, преимущественным хроническим течением из-за повторных самозаражений больного (аутоинвазия).

1.8 Классификация:нет.

1.9 МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ[1,2,3]:

Жалобы и анамнез:	<ul style="list-style-type: none"> • зуд в области заднего прохода в вечернее или ночное время; • нарушение сна; • раздражительность; • повышенная утомляемость; • ночное недержание мочи (энурез); никтурия • боли и урчание в животе; • метеоризм.
Физикальное обследование:	<ul style="list-style-type: none"> • расчесы в области заднего прохода, промежности и половых губ у девочек; • лихенизация кожи вокруг заднего прохода, промежности, половых губ с развитием экзематозного дерматита, пиодермии, сфинктерита, иногда парапроктита.

Клинические критерии диагностики энтеробиоза

Наиболее общие симптомы	Наиболее характерные симптомы
<ul style="list-style-type: none"> • обнаружение на руках ребенка следов фекального заражения; • жалобы на нарушение аппетита, тошноту, боли в животе разлитого характера или локализирующиеся в области слепой кишки; • симптомы воспаления аппендикса с образованием гранулем в подслизистой оболочке. 	<ul style="list-style-type: none"> • зуд или пощипывание в перианальной области, особенно вечером или ночью; • боли в животе, потеря аппетита, бессонница, во сне скрипят зубами; • у девочек – симптомы и признаки вагинита, эндометрита и сальпингита; • симптомы диспепсического расстройства: тошнота, рвота, боли и урчание в животе, метеоризм. учащенный кашицеобразный стул со слизью или запор.

Лабораторные исследования[1-3]:

Неспецифическая лабораторная диагностика	
ОАК	эозинофилия при наличии клинических проявлений (по показаниям)
Специфическая лабораторная диагностика	
<ul style="list-style-type: none"> • исследование перианального соскоба – для обнаружения яиц остриц: исследование материала (соскоба), полученного с перианальных складок с 	

помощью тампона, прозрачной липкой ленты, отпечатков на целлофане или мазков влажным ватным тампоном.

- исследование кала на гельминты – для обнаружения остриц в фекалиях.

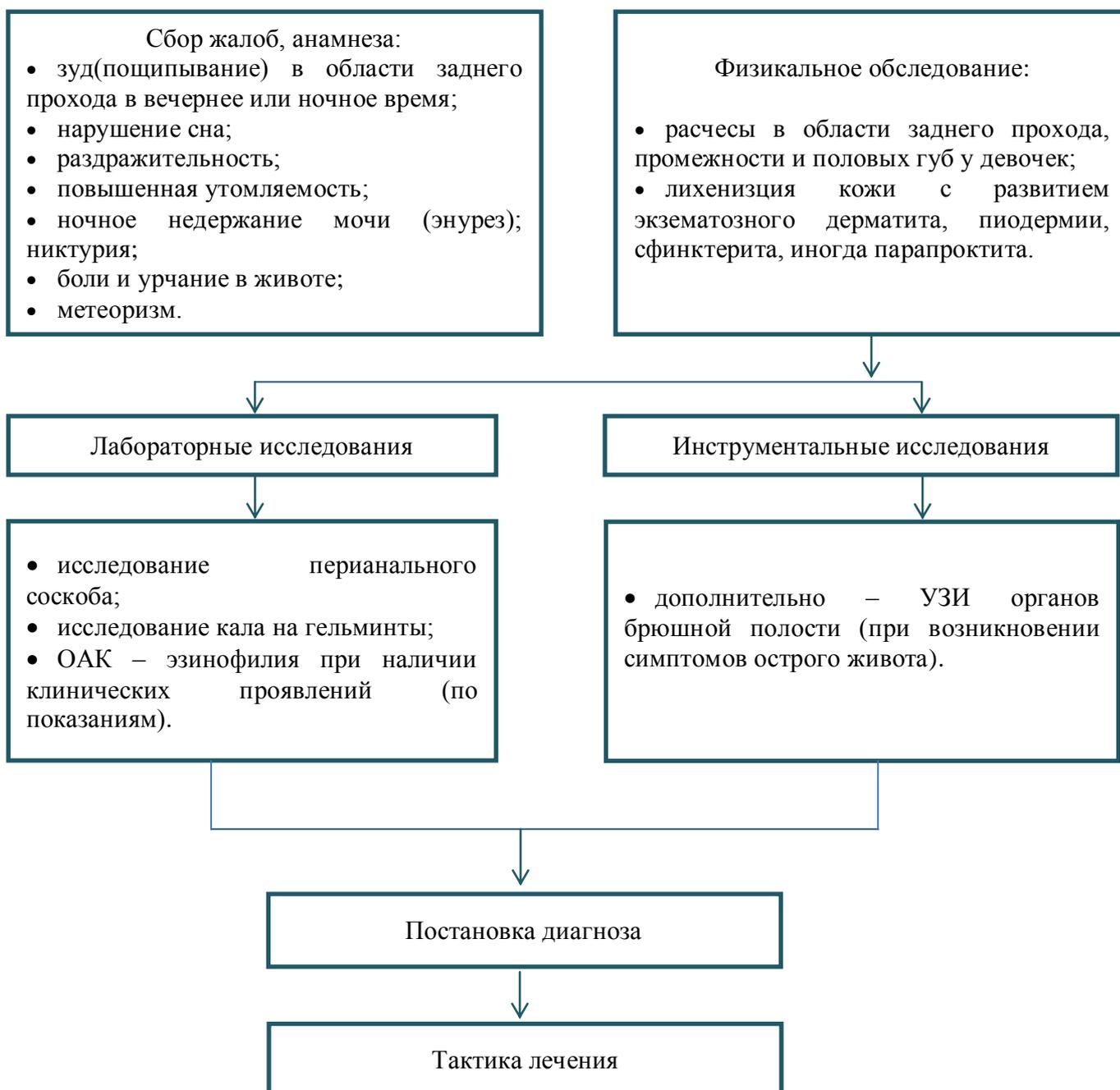
Дополнительные исследования:

- УЗИ органов брюшной полости – при возникновении симптомов острого живота.

Показания для консультации специалистов:

- консультация проктолога – при наличии осложнений анального отверстия (геморроя и другие);
- консультация других узких специалистов (гинеколог, хирург) – по показаниям.

2.1 Диагностический алгоритм[1,2]:схема:



2.2 Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований[1-3]:

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
Геморрой	перианальный зуд	Консультация хирурга	Запоры, увеличение диаметра, набухание, болезненность анальных вен, раздражение в прямой кишке, боль при дефекации, в кале - прожилки крови.
Язва прямой кишки	перианальный зуд	Консультация хирурга	Болезненная дефекация, боль в заднем проходе или по ходу прямой кишки в покое, выделения из анального отверстия кровяного характера или кровотечения, чаще после опорожнения кишечника.
Сахарный диабет	перианальный зуд	Кровь на глюкозу, консультация эндокринолога	Снижение внимания, раздражительность, снижение зрения, потеря веса, кожные инфекционные поражения у мальчиков, кандидозы у девочек, частые дневные мочеиспускания, ночные недержания мочи, приступы жажды. У детей до года частые опрелости в местах первичных половых органов.
Нейродерматоз	перианальный зуд	Консультация аллерголога	Сыпь различного характера на лице, шее, сгибательных поверхностях локтей и коленей, пальцах рук; могут иметь место расчесы, шелушение кожи, корочки.

3.1 ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ[1-8]:

Лечение энтеробиоза осуществляется в амбулаторных условиях. Лечение направлено на эрадикацию гельминта и десенсибилизацию организма.

3.2 Немедикаментозное лечение[1-8]:

Соблюдение гигиенического режима:

- тщательное соблюдение личной и общественной гигиены, чистота рук и подногтевых пространств, туалет перианальных складок, обработка игрушек; влажная уборка помещения ежедневно.
- перед сном выкупать ребенка, сменить и надеть нижнее белье, плотно облегающие бедра;
- утром ребенка подмыть, сменить нижнее белье, постельное белье или прогладить горячим утюгом.
- стол №4 при нарушении функции ЖКТ, стол №15 при нормальном функционировании ЖКТ.

3.3 Медикаментозное лечение[1-6]: направлено на эрадикацию гельминта, предотвращение осложнений, снижение показателей распространенности:

- Противогельминтные (антигельминтные) препараты перорально – пирантел (суспензия – в 5 мл 250 мг и таблетки по 250 мг) – внутрь однократно: 6 мес-2 года - по 125 мг. 2-6 лет - по 250 мг. 6-12 лет - по 500 мг. 12-18 лет - по 750 мг; при массе тела более 75 кг - 1 г. (10 мг/кг однократно), повторный прием в той же дозировке через 2 недели или мебендазол (суспензия во флаконах - в 5 мл 100 мг и таблетки по 100 мг) – внутрь: 2 года-18 лет: 100 мг однократно, при риске повторного заражения еще 100 мг через 2 нед. детям с 2-х лет (10 мг/кг однократно), повторный прием в той же дозировке через 2 недели с целью лечения ре- и суперинвазий; детям до 2-х лет суспензия; детям старше 2-х лет и взрослым таблетки. Одновременно необходимо лечить всех зараженных членов семьи и детей организованного коллектива. При большом числе детей, у которых обнаружены яйца остриц, лечить надо всех детей в коллективе, независимо от результатов обследования.
- Антигистаминный (противоаллергический) препарат перорально хлоропирамин, таблетки по 25 мг: 1 мг/кг - в сутки на 2 приема.

Перечень основных лекарственных средств[1,2,4,5]:

№ п/п	Международное непатентованное наименование ЛС	Показания	УД
Противогельминтный (антигельминтный) препарат			
1.	Пирантел: суспензия во флаконах по 15 мл: 250 мг/5 мл; таблетки по 250 мг.	Противогельминтное средство	С
2.	Мебендазол: суспензия во флаконах: 100 мг/5 мл; таблетки по 100 мг.	Противогельминтное средство	В

Перечень дополнительных лекарственных средств:[1,2]

	Международное непатентованное наименование ЛС	Показания	УД
Антигистаминные препараты для системного применения			
1.	Хлоропирамин, таблетки по 25 мг	Десенсибилизация	В

3.4 Хирургическое вмешательство: нет.

3.5 Дальнейшее ведение [3]:

- диспансерное наблюдение за переболевшими лицами энтеробиозом проводится в течение 10 – 14 дней с обязательным взятием двух анализов с интервалом три дня;
- не излеченные от энтеробиоза больные повторно подвергаются лечению, но не ранее, чем через две недели после окончания первого курса лечения с продлением диспансерного наблюдения до 1 месяца.

3.6 Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения[3]:

- купирование клинических симптомов заболевания;
- отрицательные результаты двух–кратных исследований соскобов с перианальных складок на яйца остриц, взятых через 2 недели после проведения курса дегельминтизации с интервалом три дня.

4. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:

4.1 Показания для плановой госпитализации: нет.

4.2 Показания для экстренной госпитализации: нет.

5. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ:нет.

6. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОТОКОЛА:

6.1 Список разработчиков протокола:

1) ДевдарианиХатуна Георгиевна –кандидат медицинских наук, доцент кафедры детских инфекционных болезней, РГП на ПХВ «Карагандинский государственный медицинский университет».

2) КуттыкужановаГалияГабдуллаевна – доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры детских инфекционных болезней, РГП на ПХВ «Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова».

3) ЭфендиевИмдат Муса оглы – кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой детских инфекционных болезней и фтизиатрии, РГП на ПХВ «Государственный медицинский университет города Семей».

4) БаешеваДинагульАяпбековна – доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой детских инфекционных болезней, АО «Медицинский университет Астана».

5) УмешеваКумускульАбдуллаевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры детских инфекционных болезней, РГП на ПХВ «Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова»

- 6) Жумагалиева Галина Даутовна – кандидат медицинских наук, доцент, руководитель курса детских инфекций, РГП на ПХВ «Западно-Казахстанский государственный университет им. Марата Оспанова».
- 7) Алшынбекова Гультарбат Канагатовна – кандидат медицинских наук, и.о. профессора кафедры детских инфекционных болезней, РГП на ПХВ «Карагандинский государственный медицинский университет».
- 8) Мажитов Талгат Мансурович – доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры клинической фармакологии, АО «Медицинский университет Астана».

6.2 Указание на отсутствие конфликта интересов: нет.

6.3 Рецензенты: Кошерова Бахыт Нургалиевна – доктор медицинских наук, профессор РГП на ПХВ «Карагандинский государственный медицинский университет» проректор по клинической работе и непрерывному профессиональному развитию, профессор кафедры инфекционных болезней.

6.4 Указание условий пересмотра протокола: пересмотр протокола через 5 лет и/или при появлении новых методов диагностики/ лечения с более высоким уровнем доказательности.

6.5 Список использованной литературы:

- 1) Паразитарные болезни человека (протозоозы и гельминтозы)/ Сергиев В.П., Лобзин А.Я, Козлов С.С. – СПб, Фолиант, 2011.-608 с.
- 2) Учайкин В.Ф., Нисевич Н.И., Шамшиева О.В. Инфекционные болезни у детей: учебник- М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 688 стр: ил.
- 3) Санитарные правила «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению паразитарных заболеваний». Приказ Министра национальной экономики Республики Казахстан №283, 31 марта 2015 г.
- 4) Большой справочник лекарственных средств / под ред. Л. Е. Зиганшиной, В. К. Лепехина, В. И. Петрова, Р. У. Хабриева. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 3344 с
- 5) BNF for children 2014-2015
- 6) Prevalence of enterobiasis (*Enterobius vermicularis*) and its Impact on Children in Kalar Town/Sulaimania- Iraq Mohammad Abdul Aziz Kadir, Ph.D., College of Medicine, Kirkuk and Omer Mahmud Amin, MSc. Biology, College of Education, Kalar, Sulaimaniah University- Tikrit Medical Journal 2011; 17(2): 67-77.
- 7) <https://www.cdc.gov/parasites/pinworm/> - Parasites - Enterobiasis (also known as Pinworm Infection).
- 8) *Enterobius vermicularis* infection among primary school children in slum area in district Rewa (m.p.) INDIA Amit Tiwari, Gyanendra Mishra, Jai Prakash Pandey and Shrish Agnihotri- International Journal of Institutional Pharmacy and Life Sciences 4(2): March-April 2014.