ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

«НОВОСИБИРСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

КАФЕДРА - СОВРЕМЕННЫЕ СЕСТРИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

**КУРСОВАЯ РАБОТА**

**Тема «Осуществление лечебно-диагностических вмешательств при аскаридозах у детей»**

Выполнил: студент Ивантеев М.И.

Факультет: Сестринское дело

Группа: C21-2

Руководитель: Дементьева Н.В.

Дата сдачи:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Оценка:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

НОВОСИБИРСК 2016

Содержание

Введение

Глава 1. Теоретические аспекты лечения и диагностики аскаридоза у детей

.1 Общая характеристика, эпидемиология и этиология

## 1.2 Клинико-патогенетическая характеристика

## .3 Принципы диагностики

1.4 Подходы к лечению

Глава 2. Осуществление лечебных и диагностических вмешательств при аскаридозах у детей

.1 Диагностические вмешательства

.2 Лечебные вмешательства

Заключение

Список литературы

Приложения

Введение

Аскаридоз - это паразитическое заболевание, вызываемое гельминтами - аскаридами. Данный паразитоз может иметь затяжной характер проявляться в широком диапазоне (от бессимптомных форм до крайне тяжелых, угрожающих жизни состояний).

Аскаридоз сопровождают человечество со времен его зарождения. Первые сведения о поражении людей гельминтами обнаружены в древнейших исторических памятниках. Так, в папирусе Эберса, относящемся к YII веку до н. э., имеются описания аскарид и определены методы лечения заболеваний, вызываемых этими паразитами. Яйца аскарид обнаружены в конкрементах, хранившихся в земле Скандинавского полуострова в течение 500 - 600 лет. Особое внимание гельминтам уделял Гиппократ (460 - 370 до н.э.). Им были введены термины гельминтоз, аскаридоз.

Значительное влияние на развитие гельминтологии оказали научные исследования К. Линнея, Р. Вирхова, Р. Лейкарта, К. Зибольда и многих других. Роль отечественных ученых в изучении паразитологии очень велика. После 1918 года медицинская паразитология начала быстро развиваться.

Большое значение гельминтам в развитии патологических состояний человека придавали Чудновский, Н.П. С.П. Боткин, В.А. Чудновский, Н.П., Манассеин, Ю.Т. Гундобин. Основателем отечественной школы гельминтологии в России (1920) считается К.И. Скрябин .

В настоящее время диагностику аскаридоза проводят в клинико-диагностических лабораториях, его лечением занимаются гастроэнтерологи, инфекционисты, терапевты, педиатры и др.

Вопросами профилактики данной инвазии занимаются паразитологи, эпидемиологи, гигиенисты.

Благодаря достижениям медицины в диагностике и лечении аскаридоза удается достигнуть хороших терапевтических результатов, при своевременном выявлении данного паразитоза. При этом во многих странах мира удельный вес населения пораженного гельминтозами достигает 50%. В сводных данных ВОЗ в последние 2 десятилетия приводятся данные о том, что, например, число пораженных аскаридозом составляет от 1 до 1,4 миллиарда человек, при этом дети дошкольного и школьного возраста составляют большинство из них.

Педиатры отмечают, что кроме основных симптомов аскариды могут вызывать ряд разнообразных жалоб на ухудшение состояния ребенка. Высокая заболеваемость детей аскаридозом объясняется широкой распространенностью яиц паразитов в окружающей среде и недостаточным уровнем развития гигиенических навыков у населения.

В свете изложенных положений актуальность данной работы очевидна и определяется необходимостью изучения особенностей осуществления лечебно-диагностических вмешательств при аскаридозах у детей.

Объект исследования - аскаридоз.

Предмет исследования - особенности осуществления лечебно-диагностических вмешательств у детей при аскаридозах.

Цель исследования - изучить особенности осуществления лечебно-диагностических вмешательств у детей при аскаридозах.

Для достижения цели были поставлены следующие задачи:

. Изучить теоретические особенности биологии, этиологии, эпидемиологии, патогенеза, лечения и диагностики аскаридоза, как комплексной проблемы.

. Описать особенности осуществления лечебно-диагностических вмешательств у детей при аскаридозах.

Практическая значимость работы заключается в том, что при комплексном решении поставленных задач путем своевременной диагностики и адекватного лечения, можно снизить риск развития данной инвазии, и не допустить рост заболеваемости среди детского населения.

Информационной базой для написания работы послужила современная научная, периодическая литература и интернет - ресурсы, были использованы нормативно-правовые документы в области здравоохранения и учебно-методическая литература.

Методологическую основу написания работы составляют сравнительно - сопоставительный, логический, методы обобщения и описания.

Работа состоит из введения, 2-х глав, заключения и приложений.

1. Теоретические аспекты лечения и диагностики аскаридоза у детей

.1 Общая характеристика, эпидемиология, и этиология

аскаридоз диагностика лечение

Аскаридоз (В77 по МКБ-10) - гельминтоз, характеризующийся поражением дыхательных путей и аллергическим синдромом в острой фазе и нарушениями функций пищеварительного тракта в хронической фазе. Протекает с миграцией личинок в организме человека и последующим развитием половозрелых особей в кишечнике.

В соответствии с современной биологической классификацией возбудитель аскаридоза - аскарида человеческая (Ascaris lumbricoides) относится типу животных - круглые (Nemathelminthes) черви, классу собственно круглых червей Nematoda, которые являются наиболее важными в медицинском отношении возбудителями гельминтозов. Группы болезней, вызываемых представителями этого класса, называются нематодозами. При этом наименования отдельных форм гельминтозов термин составляют из корня слова, обозначающего научное родовое название паразита (семейство Ascaridae, род Ascaris) и окончания «оз» - аскаридоз .

Знание биологической классификации необходимо медицинскому работнику, как для правильного заполнения статистических таблиц, так и для рационального выбора лекарственных препаратов для дегельминтизации при отдельных инвазиях.

Медицинским работникам полезна и другая - эпидемиологическая классификация возбудителей и вызываемых ими заболеваний, определяющаяся различными эпидемиологическими факторами (локализация личинок паразита, пути ее проникновения в организм человека, особенности жизненного цикла паразита, источник инвазии).

Так, аскаридоз в соответствии с эпидемиологической классификацией является антропонозным геогельминтозом, так как на ранних стадиях личиночного развития яйца паразитов развиваются во внешней среде, с фекально-оральным (пассивным) механизмом передачи возбудителя.

Особенности этиологии гельминтозов прежде определяются биологической принадлежностью возбудителя.

Этиология аскаридоза - возбудитель человеческая аскарида (Ascaris lumbricoides) - самая крупная из паразитирующих у человека нематод (см. рис. 1), длина самца 15-20 см, самки 20-45 см (ежедневно откладывает до 200 тыс. яиц.).



Рис. 1- Аскарида человеческая (Ascaris lumbricoides)

Самка имеет веретенообразное тело, за сутки откладывает до 245 яиц.

Продолжительность жизни взрослой аскариды составляет до 1 года. Выделение яиц самкой заканчивается на 7-8-м месяце ее жизни.

Аскаридозы, как и все паразитарные болезни, имеют внешний источник инвазии (состояние зараженности хозяина гельминтом) и их распространение определяется общими эпидемиологическими закономерностями.

Так, человеческая аскарида в процессе онтогенеза (индивидуального развития) проходит 3 обязательные стадии развития.

Кроме того, аскаридозу присущ еще целый ряд особенностей:

1. Стадийность развития (яйцо - личинка - взрослая особь).

2. Пути проникновения

o фекально-оральный (пассивный)

3. Специфическая локализация

o Аскариды - кишечные гельминты со сложным развитием.

4. Пути выведения:

o с фекалиями.

Эпидемиологические аспекты распространения аскаридоза зависят как от биологической принадлежности их возбудителей, так и от различных эпилемиологических факторов .

В общих чертах эпидемиология аскаридоза может быть описана следующим образом:

источник - инвазированные люди (антропонозный гельминтоз);

основной механизм заражения - фекально-оральный (гео-оральный);

. факторы передачи- фрукты, овощи, зелень, ягоды, на поверхности которых имеются частички почвы, а также загрязненные вода и руки.

Аскаридоз в организме у взрослых и детей, проходит двухфазное течение: личиночную стадию и стадию паразитирования взрослых особей в кишечнике.



Рис. 2 - Схема заражения аскаридизом

Источником заражения и единственным хозяином человека является больной человек, выделяющий яйца гельминтов с фекалиями в окружающую среду. В ранюю фазу аскаридоза человек является промежуточным хозяином, а в позднюю - окончательным. В течение 2-3-х недель дозревание яиц происходит в почве; заражению способствует употребление загрязненных яйцами паразитов воды, фруктов, овощей. При аскаридозе яйца паразитов в летнее время в условиях климата средней полосы становятся инвазионными через 3 - 5 недель. К этому времени под оболочкой яйца можно наблюдать довольно крупную подвижную личинку. Заражение происходит при проглатывании яиц гельминта, содержащих инвазионную личинку ( см. рис.2).

В зоне умеренного климата сезон заражения аскаридозом длится с апреля по октябрь, в зоне теплого и влажного климата - круглый год. У сельских жителей данный паразитоз встречается чаще, чем у городских.

.2 Клинико-патогенетическая характеристика

При клиническо-патогененической характенистике аскаридоза выделяют острую и хроническую фазы болезни. Острая фаза соответствует миграционной стадии личинок и развивающихся гельминтов и проявляется общеаллергическими и общетоксическими реакциями.

Иммунологический фактор играет ведущую роль в патогенезе острой фазы гельминтозов, определяя известную стереотипность их клиники и ее сходство с иммунологическими реакциями непаразитарной природы - лекарственной, сывороточной болезни и др., т.е. аллергоза.

Инкубационный период составляет 2-3 недели при умеренной инвазии, до недели и менее - при массивных заражениях, 4-5 недель - при малоинтенсивных инвазиях.

Для острой фазы гельминтозов характерны следующие состояния:

1. Субфебрильная лихорадка.

2. Боли в суставах и мышцах.

. Кожные высыпания экссудативного, эритематозного, папулезно-макулезного, экзантематозного и пустулезного характера с геморрагическим компонентом при тяжелом течении. Сыпь рецидивирующая, зудящая, но не оставляет последствий.

. Легочной синдром: ночной сухой кашель, астматоидные состояния, усиление сосудистого рисунка, пневмонии с мигрирующим инфильтратами, чаще базальными с реакцией плевры.

5. Абдоминальный синдром: умеренные боли в животе и склонность с жидкому стулу.

6. Поражение сердца: миокардиодистрофия, аллергический миокардит.

. Поражение ЦНС: аллергический менингоэнфцефалит, энцефаломиелит.

. Лимфоаденопатия: единичная или системная.

. В крови: лейкоцитоз; выраженная эозинофилия (до 30-40%) - классический симптом; умеренная гиперпротеинемия; α2- и γ-глобулинемия; значительно повышен уровень IgE .

Острые проявления могут длиться 2-3 месяца (тяжелое течение) и затем постепенно стихают. Тенденция к эозинофилии сохраняется в течение 6-9 месяцев.

В хронической стадии патогенное воздействие на организм человека способом его питания аскариды и ее видовыми особенностями.

Неблагоприятное воздействие на организм связано:

1. С аллергическим и токсическими воздействиями:

o аллергия выражена значительно слабее, чем в ранней стадии (миграции);

o эозинофилия крови не превышает 10%;

o возможны иммунопатологические реакции (поздняя стадия шистосомоза, трихинеллез, альвеококкоз);

o развивается иммунодефицит.

2. С травмирующим воздействием:

o повреждение стенок кишечника ;

o внедрение вторичной инфекции (вторичное воспаление).

3. С механическим повреждением тканей в зоне паразитирования ( непроходимость кишечника) .

4. С поглощением питательных веществ:

o нарушение обменных процессов

5. С нервно-рефлекторным влиянием.

6. С нарушением нейрогуморальной регуляции стероидными, пептидными гормонами в результате длительного стресса.

. Со способностью снижать местную и общую реактивность:

o присоединение вторичной инфекции;

o развитие дисбактериоза;

o утяжелять течение инфекционных заболеваний.

Течение аскаридоза у детей имеет определенные особенности.

Так, при переходе острой у детей в хроническую ведущую роль в патогенезе играет токсическое влияние продуктов жизнедеятельности гельминтов на организм; травматическое и механическое воздействие на органы, в которых обитают паразиты; нарушение обменных процессов, вторичные иммунодефициты.

Для аскаридоза характерны следующие клинические синдромы:

. Токсико-аллергический - обусловлен токсическими веществами гельминта (ферменты, белки, компоненты оболочки, метаболиты), имеющих антигенные и сенсибилизирующе свойства.

Данный синдром превалирует в острой фазе и проявляется общеаллергическими реакциями (лихорадка, общая интоксикация, боли в мышцах и суставах, высыпания на коже, отеки, «летучие» инфильтраты в легких, гиперэозинофилия крови), а также аллергическо-токсическими органными поражениями.

. Синдром местного повреждения - обусловлен местным повреждением органов, превалирует в хронической фазе.

. Синдром нарушенного питания - употребляя метаболически ценные для человека питательные вещества, аскариды способствуют развитию гипотрофии, гиповитаминоза, белковой недостаточности, анемии.

. Синдром иммуносупрессии- при длительном воздействии гельминтов на организм они оказывавают иммуносупрессивное действие, снижая резистентность к бактериальным и вирусным инфекциям .

Локализация поражений при гальминтозах может включать кишечник, а иногда и другие внутренние органы.

.3 Принципы диагностика

Диагностика аскаридоза направлена на определение нозологии и клинической формы, тяжести состояния, выявление осложнений и показаний к лечению, а также на выявление в анамнезе факторов, препятствующих немедленному началу лечения или требуют его коррекции:

непереносимость лекарственных препаратов;

неадекватное психо-эмоциональное состояние пациента;

угрожающее жизни состояние;

отказ от лечения.

Существует множество методик для обнаружения аскаридоза у пациента. При этом основным методом является проведение микроскопического исследования кала на яйца гельминтов. Пациент собирает кал в небольшую чистую посудину, имеющую широкое горлышко. Срок хранения кала для анализа не должен превышать 18-ти часов. Обычно, его собирают в вечернее время и оставляют до утреннего посещения лаборатории в холодильнике. Чтобы увеличить точность диагноза аскаридоза по этой методике, процедуру сбора и анализа кала желательно повторить несколько раз на протяжении двухнедельного периода (см. Приложение 1). Методом микроскопического исследования кала на яица гельминтов (см. рис.3) возможно выявить аскаридоз только при переходе в кишечную фазу.



Рис.3 - Яйца аскариды под микроскопом

Например, на первых стадиях аскаридоза личинки аскарид видны в мокроте, также их можно распознать в виде инфальтратов на рентгене легких. Взрослые особи глистов обнаруживаются при операциях. С помощью общего анализа крови также можно выявить начальные признаки аскаридоза в виде увеличения эозинофилов и лейкоцитов.

К другим ранним диагностическим методикам аскаридоза относятся серологические, непрямой гемагглютинации, латекс - агглютинации, а также метод по ускорению оседания эритроцитов. Стоит упомянуть, что все они лишь изредка используются в медицинской практике.

1.4 Подходы к лечению

Лечение аскаридоза основано на использовании антигельминтных препаратов. По показаниям химиотерапия сочетается с применением антигистаминных, ферментных, противовоспалительных лекарственных средств, в отдельных случаях - глюкокортикостероидов.

Этиотропная терапия аскаридоза у детей проводится противогельминтными препаратами. Основным принципом лечения является подбор препарата, обладающего ларвицидным (уничтожающим личинки), овицидным (уничтожающим яйца), вермицидным (уничтожающим взрослых паразитов) действием. После проведения курса терапии обязательно проведение контрольного паразитологического обследования.

При назначении антигельминтного препарата учитывается форма гельминтоза у детей, фаза болезни, сопутствующие заболевания. При аскаридозе у детям наиболее часто назначают албендазол и мебендазол.

Для успешной дегельминтизации детей необходимо одновременное пролечивание всех членов семьи или коллектива; соблюдение гигиенического режима для профилактики реинвазии. После основного курса терапии гельминтоза обычно проводится повторное лечение ребенка.

Для купирования аллергических проявлений, сопровождающих течение аскаридоза у детей, назначаются антигистаминные препараты. При наличии интоксикационного синдрома проводится оральная или инфузионная дезинтоксикация. Тяжелые формы аскаридоза у детей, служат основанием для назначения глюкокортикостероидов.

При этом лечение гельминтозов у детей заключается не только в очищении организма от паразитов, но и соблюдении некоторых правил. Так, после сдачи анализа на гельминтоз при выявлении заболевания больному следует:

· соблюдать диету, прописанную врачом;

· четко соблюдать гигиенические правила;

· принимать препараты, прописанные врачом.

Выполнение данных мероприятий должно быть обеспечено высококвалифицированным медицинским персоналом. Также необходимо регулярно следить за эффективностью лечения и проводить дезинфекцию помещения, где находится больной.

Вывод к главе 1

Таким образом, аскаридоз представляет собой заболевание, вызываемое паразитическими червями - человеческой аскаридой. Паразитоз характеризуется сложным патогенезом и разнообразной симптоматикой. Детское население поражается данной инвазией достаточно часто.

При этом, источник инвазии доступен для медицинской службы и в отношении его может успешно быть предприняты лечебно-диагностические вмешательства, которые могут быть осуществлены высоко квалифицированными медицинскими работниками.

2. Осуществление лечебных и диагностических вмешательств при аскаридозах у детей

.1 Диагностические вмешательства

Диагностику аскаридоза проводят путем сбора анамнеза, клинического осмотра, лабораторных и специальных методов обследования.

Для лабораторной диагностики аскаридоза применяется ряд методов при наличии у пациента определенных показаний (см. таб. 1).

Таблица 1

Лабораторные методы диагностики аскаридоза

|  |  |
| --- | --- |
| Метод | Показания |
| Микроскопическое исследование мокроты на личинки аскарид | Клинические поражения респираторного тракта ,для диагностики аскаридоза в ранюю фазу заболевания |
| Микроскопическое исследование кала на яйца аскарид | Клинические симптомы поражения ЖКТ и аллергическими проявлениями в позднюю (хроническую) фазу заболевания |
| Микроскопическое исследование лаважной жидкости бронхов на личинки аскарид | Клинические поражения респираторного тракта для диагностики аскаридоза в ранюю фазу заболевания |
| Микроскопическое исследование дуоденального содержимого на яйца и личинки аскарид | Клинические симптомы поражения ЖКТ и аллергическими проявлениями  |
| Микроскопическое исследование тканей глаза на личинки аскарид | Клинические симптомы аскаридоза, для подтверждения нозологии и диагностики осложнений |
| Гематологический метод (выявление эозинофилии, лейкоцитоза, повышения СОЭ) | Клинические симптомы аскаридоза, для определения степени тяжести и диагностики осложнений |
| Копрологический метод | Клинические симптомы аскаридоза, для подтверждения нозологии и выявления нарушений пищеварения |
| ПЦР кала  | Клинические симптомы аскаридоза, для определения нозологии |
| Серологические методы (ИФА , РНГА) | Клинические симптомы аскаридоза, для подтверждения нозологии |
| Биохимические методы (АЛаТ, АСаТ, СРБ и др.) | Клинические симптомы аскаридоза, для диагностики осложнений |
| Гистоморфологическое исследование тканей, полученных при оперативных вмешательствах, биопсии на личинки аскарид | Клинические симптомы аскаридоза, для диагностики осложнений |

Анализ применения перечисленных выше методов у детей показал, что наиболее часто для диагностики аскаридоза среди детского населения используют микроскопическое исследование кала на яйца аскарид (см. Приложение 1).

В некоторых случаях результатов лабораторных исследований может быть недостаточно и пациентам может быть рекомендован ряд инструментальных методов (см. таб.2).

Таблица 2

Инструментальные методы диагностики аскаридоза

|  |  |
| --- | --- |
| МетодПоказания |  |
| Рентгенологическое исследование легких | Клинические симптомы аскаридоза для выявления эозинофильных легочных инфильтратов, пневмонии |
| Обзорная рентгенограмма органов брюшной полости с барием | Клинические симптомы осложнений аскаридоза (кишечная непроходимость, перитонит) |
| Комплексное УЗИ органов брюшной полости | Клинические симптомы аскаридоза, для выявления осложнений |
| Эндооскопическое исследование ЖКТ | Клинические симптомы аскаридоза, для подтверждения нозологии и диагностики осложнений |
| Лапароскопия | Клинические симптомы аскаридоза, для выявления абцессов в органах брюшной полости |
| Компьютерная томография | Клинические симптомы аскаридоза, для выявления абцессов печени и брюшной полости, панкреатита |
| Магнитно-резонансная томография | Клинические симптомы аскаридоза, для выявления абцессов печени и брюшной полости, панкреатита |

По результатам инструментальной диагностики можно диагностировать осложнения аскаридоза (пневмонии, абцессы легких, печени, органов брюшной полости, непроходимость кичечника и др.), что не всегда представляется возможным при применении лабораторных методов.

Таким образом, в диагностике аскаридоза основную роль играет овоскопический метод, который имеет диагностическое значение при хроническом аскаридозе. Острая инвазия распознается при помощи серодиагностики, прежде всего РНГА. Общий анализ крови обнаруживает наличие эозинофилии. Инфильтраты в легких непостоянны, и могут быть выявлены рентгенологическим методом в срок до 3-х недель заболевания.

.2 Лечебные вмешательства

Лечение аскаридоза проводится в стационарных и амбулаторных условиях. Амбулаторное лечение назначается детям с легкой формой аскаридоза. Госпитализации в инфекционные отделения медицинских учреждений подлежат дети, переносящие заболевания в среднетяжелой и тяжелой форме, с осложнениями, а также в случае безуспешности амбулаторного лечения.

Выбор метода лечения аскаридоза зависит от клинической картины, степени тяжести заболевания и проявлений симптомов.

Лечение аскаридоза включает:

. Соблюдение режима.

. Соблюдение диеты.

. Медикаментозные лечебные вмешательства:

средства этиотропной терапии (мебендазол, альбендазол, карбендацил, пирантел);

средства симптоматической терапии (преднизолон, дексаметазон, растворы электролитов, жаропонижающие, спазмолитические, антигистаминные препараты и др.);

средства для нормализации кишечного микробиоценоза (энтерол, линекс, смектит и др.).

. Методы немедикаментозного лечения:

физиотерапия;

физические методы снижения температуры;

аэрация помещения;

гигиенические мероприятия

При назначении антигельминтного препарата учитывается форма гельминтоза у детей, фаза болезни, сопутствующие заболевания и эффективность (см. таб.3).

Таблица 3

## Эффективность препаратов для лечения аскаридоза у детей

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Лекарственное средство | Возраст ребенка | Эффективность |
| Альбендазол | Старше 2-х лет | + + + + |
| Мебендазол | Старше 1 года | + + +/++++ |
| Пирантел | Любой возраст | +++/++++ |
| Карбендацим | Любой возраст | + + + + |
| Примечание: «+++» - эффективность 40-80%; «++++» - эффективность >80% |

Таким образом, при правильно подобранной антигельминтной терапии (в соответствии с массой и возрастом ребенка) эффективность лечения аскаридоза достигает более 80%.

Кроме того, при лечении с аскаридоза используют чреззондовое введение кислорода в тонкую кишку, которое проводят 3 дня подряд. Процедуру проводят натощак или через несколько часов после завтрака. Объем вводимого кислорода составляет около 1,5 л.

Метод считается довольно эффективным, однако его использование при язвенной болезни противопоказано.

Дополнительными лекарственными средствами при гельминтозе являются витаминные комплексы и ферментные препараты. При развившейся анемии на фоне аскаридоза следует принимать препараты железа.

При развитии осложнений при аскаридозе возможно оперативное вмешательство. Показаниями в таких случаях являются:

Закупорка просвета кишки клубком аскарид (обтурация);

Спастическая кишечная непроходимость как следствие длительного спазма кишки при гибели аскарид;

Острый аппендицит, вызванный проникновением гельминта в червеобразный отросток;

Перитонит в результате перфорации кишечной стенки гельминтом.

Кроме того, болеющим аскаридозом рекомендуется придерживаться диеты согласно лечебного стола №5 (см. Приложение 2).

В рационе питания следует уменьшить присутствие алкоголя и жиров и увеличить количество пищи с богатым содержанием белка.

Правила гигиены для больных аскаридозом должны соблюдаться неукоснительно, сырую воду пить им настоятельно не рекомендуется, а всю пищу перед употреблением необходимо основательно вымывать.

Как правило, неосложненное течение аскаридоза характеризуется благоприятным прогнозом. Исход осложненного аскаридоза зависит от адекватности терапии, степени тяжести патологического процесса и возраста ребенка.

Критериями выздоровления ребенка являются:

отсутствие лихорадки;

отсутствие (или снижение выраженности) аллергических проявлений;

отсутствие интоксикации;

отсутствие абдоминальных и дисептических симптомов;

отсутствие поражений респираторного тракта;

нормализация данных клинического анализа крови;

отрицательные результаты трехкратного исследования кала на яйца аскарид через 1 месяц после первичной дегильминтизации.

За переболевшим аскаридозом устанавливается диспансерное наблюдение сроком на 3 месяца.

Вывод к главе 2

Таким образом, в диагностике аскаридоза основную роль играет овоскопический метод, который имеет диагностическое значение при хронической фазе аскаридоза. Острая инвазия распознается, в основном, при помощи серодиагностики, прежде всего РНГА, общего анализа крови (обнаруживается эозинофилия). По результатам инструментальной диагностики можно диагностировать осложнения аскаридоза (пневмонии, абцессы легких, печени, органов брюшной полости, непроходимость кишечника и др.), что не всегда представляется возможным при применении лабораторных методов. Наиболее часто применяется рентгенологический метод.

После постановки и подтверждения диагноза «аскаридоз» проводят ряд лечебных вмешательств (медикаментозных и немедикаментозных) в зависимости от клинического течения заболевания. При этом больному важно придерживаться диеты, соблюдать режим и правила личной гигиены.

Заключение

Нами изучена научная литература и интернет - источники по вопросу особенностей осуществления лечебно-диагностических вмешательств при аскаридозах у детей.

Анализ литературных данных и интернет-ресурсов показал, что, несмотря на достигнутые современной медициной и фармацией в последние годы успехи, акаридоз продолжает оставаться одной из наиболее актуальных проблем детского населения. Лечебно-диагностические вмешательства при данной инвазии могут быть обеспечены квалифицированным медицинским персоналом.

На основании проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

. Аскаридоз представляет собой заболевание, вызываемое гельминтами, которое характеризуется сложным патогенезом и разнообразной симптоматикой. Детское население поражается данной инвазией достаточно часто. При этом, источник инвазии доступен для медицинской службы и в отношении его может успешно быть предприняты лечебно-диагностические вмешательства.

. В диагностике аскаридоза основную роль играет овоскопический метод, который имеет диагностическое значение при хронической фазе аскаридозе. Острая инвазия распознается, в основном, при помощи серодиагностики, прежде всего РНГА, общего анализа крови (обнаруживается эозинофилия). По результатам инструментальной диагностики можно диагностировать осложнения аскаридоза (пневмонии, абцессы легких, печени, органов брюшной полости, непроходимость кишечника и др.), что не всегда представляется возможным при применении лабораторных методов. Наиболее часто применяется рентгенологический метод.

После постановки и подтверждения диагноза «аскаридоз» проводят ряд лечебных вмешательств (медикаментозных и немедикаментозных) в зависимости от клинического течения заболевания. При этом больному важно придерживаться диеты и соблюдать правила личной гигиены.

Критериями выздоровления является отсутствие клинических симптомов, нормализация анализов крови и кала.

Список использованной литературы

1. Брагин Ш.Б., Самойленко Т.И., Степанова М.Г. Основы паразитологии человека: Учебное пособие. - Донецк: Донецкий национальный медицинский университет, 2012-88с.

2. Внутренние болезни в 2-х томах: учебник /Под. ред. Н.А. Мухина, В.С. Моисеева, А.И. Мартынова. М: Медицина, 2010-1264с.

. Диунов А.Г., Жариков Г.П., Тихомирова С.В. Медицинская паразитология для первокурсников: Учебное пособие. Ярославль, Ярославская государственная медицинская академия, 2011. - 145 с.

. Запруднов А.А., Мазанкова Л. Гельминтоз. Профилактика гельминтозов у детей. М: Медицинская газета, N001 от 10.01.2013.

. Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям больным аскаридозом: ФТБУ НИИДИ ФМБА России, 2014 - 65с.

. Костюкевич С.В., Никитин А.Ф. (ред.) Введение в медицинскую паразитологию: Учебное пособие. СПб.: Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, 2012 - 188 с.

. Медицинская паразитология; Фолиант - Москва, 2011. - 128 c.

. Медицинская паразитология; Медицина - Москва, 2012. - 304 c.

. Мяндина Г. И., Тарасенко Е. В. Медицинская паразитология; Практическая Медицина , 2013.- 280 c.

. . Новак М. Д. Методические указания по дисциплине «Паразитология» Раздел «Общая Паразитология»; Клич - Москва, 2012. - 819 c

11. Павлович С.А., Андреев В.П. Медицинская паразитология с энтомологией : Учебное пособие. - Минск: Высшая школа, 2012. - 311 с.

12. Паразитология: краткий курс лекций для аспирантов / Д.М. Коротова, Л.М. Кашковская // ФГБОУ ВПО «Саратовский ГАУ» - Саратов, 2014. -124 с

. Практикум по паразитологии: учебное пособие для высших учебных заведений / С.В. Ларионов, Ю.М. Давыдов, Л.В. Бычкова, Д.М. Коротова. - Саратов, 2011 - 254 с.

. Справочник по инфекционным болезням у детей/ Под ред. Ю.В. Лобзина, - СПб: Спец. Лит., 2013.

. Ходжаян А.Б., Козлов С.С., Голубева М.В. (ред.) Медицинская паразитология и паразитарные болезни Учебное пособие. - М: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 448 с.

16. Циммер К., Паразиты: Тайный мир, М.: Альпина нон-фикшн, 2011- 362 с.

17. Чебышев Н.В. Медицинская паразитология: Учебное пособие. - Москва: Медицина, 2012. - 284 с.

. [Электронный ресурс]/ Режим доступа:http://www.parasitology.ru

. [Электронный ресурс]/ Режим доступа: http://vmede.org/

. [Электронный ресурс]/ Режим доступа: http://yamedik.org

. [Электронный ресурс]/ Режим доступа: http://vbibl.ru

. [Электронный ресурс]/ Режим доступа: http://zoovet.info/

. [Электронный ресурс]/ Режим доступа:http://parasitol.nichost.ru

. [Электронный ресурс]/ Режим доступа:http://read.sgau.ru/

. [Электронный ресурс]/ Режим доступа: http://niidi.ru/

. [Электронный ресурс]/ Режим доступа: http://medreality.ru/

Приложение 1

Техника взятия фекалий у детей для исследования на наличие яиц гельминтов

Цель: выявить наличие яиц аскарид и др. гельминтов.

Оснащение: чистая стеклянная банка с крышкой; шпатель; горшок для дефекации; перчатки; бланк-направление.

Условия проведения процедуры:

· фекалии собирать после самостоятельной дефекации

· не использовать кал с примесью воды, мочи, дезинфицирующих средств, после клизмы, введения свечей, приема внутрь веществ, окрашивающих фекалии, касторового, вазелинового масел, препаратов железа, висмута, бария

· для получения достоверного результата в клиническую лабораторию отправлять свежие испражнения

· анализ повторить несколько раз, т.к. яйца гельминтов могут появляться в кале не ежедневно.

|  |  |
| --- | --- |
| ЭТАПЫ | ОБОСНОВАНИЕ |
| Подготовка к процедуре |
| - Познакомить ребенка/маму с ходом исследования, установить доброжелательные отношения | - Психологическая подготовка, осознанное участие в исследовании |
| - Вымыть и осушить руки | - Обеспечение инфекционной безопасности |
| - Надеть перчатки |  |
| - Чистый горшок обдать кипятком | - Обеспечение достоверности результата |
| - На остывший сухой горшок посадить ребенка для акта дефекации | - Предупреждение термического ожога ягодиц |
| Выполнение процедуры |
| - Перенести каловые массы в стеклянную банку шпателем (20 - 30 - 50 г кала в зависимости от возраста) из разных мест | - Обеспечение достоверности результата |
| Завершение процедуры |
| - Закрыть банку с крышкой | - Обеспечение инфекционной безопасности |
| - Шпатель погрузить в дезраствор | - Механическое очищение шпателя от каловых масс |
| - Снять перчатки | - Обеспечение инфекционной безопасности |
| - Вымыть и осушить руки |  |
| - Отправить материал в лабораторию в сопровождении направления сразу или через 8-12 часов после акта дефекации, при условии его хранения в холодильнике при температуре +3+4оС | - Обеспечение достоверности результата |

## Приложение 2

Рацион диеты № 5

Диета основывается на употреблении следующих продуктов и напитков:

• Овощные, фруктовые, молочные и крупяные супы

• Нежирные сорта мяса и птицы в отварном виде

• Постная ветчина, язык

• Рыба (судак, треска, хек, лещ, навага)

• Черная икра

• Молочные продукты (в том числе неострый сыр), а также блюда из них (запеканки, ленивые вареники, суфле) - не более 200 г

• Каши, приготовленные на воде или на разбавленном водой молоке

• Запеченные и паровые пудинги

• Макаронные изделия

• Хлеб вчерашней выпечки

• Белые сухари

• Галетное печенье

• Сухие бисквиты

• Хорошо выпеченные булочки (из теста без масла) - не чаще 2-х раз в неделю

• Отварные куриные яйца - 1 шт. в день (из яйца можно делать паровой омлет)

• Овощи в свежем виде или после тепловой обработки (очень полезны свекла и морковь), а также зелень

• Сладкие и кисло-сладкие фрукты и ягоды в свежем виде или после тепловой обработки

• Сладости (сахар, варенье, мармелад, мед, пастила,зефир) - не более 70 г в день

• Натуральные соки из сладких фруктов или из овощей

• Слабо заваренные чай и кофе (в напитки можно добавлять молоко)

• Отвар шиповника

• Сливочное или растительное масла - их добавлять в готовые блюда

• Фруктовые, ягодные, молочные соусы

• Пряности в ограниченном количестве (гвоздика, корица, лавровый лист и др)

Под запретом находятся следующие продукты и напитки:

• Алкоголь

• Жирные, жареные, копченые, острые блюда и продукты

• Жирные сорта птицы, мяса, рыбы

• Субпродукты (печень, мозги)

• Консервы, шпик

• Грибы и грибные бульоны

• Бобовые культуры

• Шпинат, лук, редис, щавель, редька, чеснок, репа

• Сдоба и любая свежая выпечка

• Мороженое, шоколад, какао

• Любые газированные напитки

• Уксус

Диета 5 налагает ограничение на соль - лучше подсаливать уже готовые блюда. Предельная норма потребления соли - 10 г в день.