

Z. GANCARZ, I. MATKOWSKA, Z. STOJANOWSKI

PRÓBA LIKWIDACJI ROBACZYCY U DZIECI PRZEBYWAJĄCYCH NA KOLONIACH LETNICH

Z Zakładu Higieny Ogólnej AM i z Zakładu Higieny Szkolnej PZH w Warszawie

Celem niniejszej pracy była próba likwidacji robaków jelitowych u dzieci przebywających na koloniach letnich, gdzie na ogół można uzyskać warunki niezbędne do prowadzenia kontroli i opieki w trakcie leczenia.

Badania *Gerwela*, *Kasprzaka* i *Pawłowskiego* (3), *Iwańczuk* i *Stobnickiej* (5), *Kozara* i *Szymańskiej* (7), *Zembrzuskiego* (16) i innych wykazały, że ekstensywność inwazji pasożytów jelitowych u dzieci w Polsce waha się w zależności od wieku i środowiska od 22,3 do 91,6%. Wg *Iwańczuk* i *Stobnickiej* (5) odsetek zarażonych pasożytami jelitowymi dzieci w wieku 3—13 lat wynosi w Warszawie 64,1%, — owsicę stwierdza się u 32,5%, włośogłówkę u 14,1%, glistnicę u 7,5%, a pierwotniaki jelitowe u 9,3% badanych.

Niezadowolające na ogół wyniki uzyskiwane w ambulatoryjnym leczeniu robaczycy zmuszają nas do szukania bardziej dogodnych metod. Chodzi o to, aby oprócz zaordynowania leku, kontrolować jego stosowanie oraz zabezpieczyć dziecko przed reinwazją.

METODYKA BADAŃ.

Do badań wytypowano kolonię zorganizowaną przez Warszawskie Przedsiębiorstwo Budowlane w miejscowości Kowiesy w woj. Łódzkim. Na kolonii przebywało w dwóch turnusach 75 dzieci, w czym 35 dziewcząt i 40 chłopców. Wiek dzieci wahał się od 7—15 lat. W diagnostyce koproskopowej stosowano równolegle trzy metody zalecane przez *Gerwela* i wsp.: *Fausta*, *Rivasa* i dekantacji. W diagnostyce owsicy stosowano metodę wycieru celofanowego NIH.

Stopień ekstensywności inwazji oceniano na podstawie dwukrotnych badań w odstępach tygodniowych. Stopień intensywności inwazji oceniano jak następuje: pojedyncze jaja w preparacie — +, 10—20 jaj w preparacie — ++, powyżej 20 jaj w preparacie — ++++. Leczenie przeprowadzono stosując adipinian piperazyny (*Antivermina*) w dawce 30—60 mg na kg wagi ciała na dobę przez 10 dni. Dawkę dobową dzielono na trzy równe porcje, które podawano dzieciom 1/2 godziny po jedzeniu. Po podaniu leku dzieciom sprawdzano jego poiknięcie. W celu zapobieżenia reinwazji zwracano szczególną uwagę na częste i dokładne mycie rąk, obcinanie paznokci, czystość bielizny osobistej i pościelowej, czystość pomieszczeń itp.

WYNIKI BADAŃ

Ogółem na 75 badanych dzieci stwierdzono robaki jelitowe u 46 (61,3%). Na 40 chłopców było zarobaczonych 29, a na 35 dziewcząt — 17. Wśród 75 badanych stwierdzono owsicę u 44, glistnicę u 2, a włosogłówkę u 3 dzieci.

Na 44 dzieci, u których stwierdzono owsicę, u 25 intensywność inwazji oceniono na +, u 10 na ++, a u 9 na ++++. W przypadkach glistnicy i włosogłóWKi intensywność inwazji wynosiła +. Wyniki kuracji. Badania kontrolne wykonano w I i II tygodniu po zakończeniu kuracji. Wśród 44 leczonych na owsicę dzieci w I tygodniu stwierdzono wyniki ujemne u 38 (86,4%) a w II tygodniu u 40 (91,0%) leczonych. Dodatkowo wyniki badań kontrolnych dotyczyły, za wyjątkiem jednego, przypadków w których intensywność inwazji oceniono na ++ lub ++++. W obu badaniach kontrolnych otrzymano wyniki ujemne u 2 dzieci leczonych na glistnicę i dodatkowo u wszystkich 3 leczonych na włosogłówkę. W przebiegu kuracji nie stwierdzono żadnych objawów toksycznego działania antiverminy na którekolwiek z dzieci. W kilku przypadkach obserwowano gwałtowny wzrost apetytu u dzieci już po kilku dniach leczenia, a następnie szybki przyrost na wadze.

OMÓWIENIE I WNIOSKI

Badaniami kontrolnymi wykazano obniżenie liczby dzieci wydalających jaja owsika z 44 do 4. Wyniki te są nieco lepsze niż uzyskiwano w leczeniu ambulatoryjnym (2, 4, 10, 12, 13). Dużą rolę odgrywało tu prawdopodobnie systematyczne podawanie leku i bezpośrednia kontrola przyjmowania go. Nie bez znaczenia była też opieka nad dzieckiem i jego otoczeniem w trakcie kuracji. Antivermina stosowana w dawkach 30 — 60 mg/kg wagi ciała na dobę przez nieprzerwany okres 10 dni, okazała się bardzo skuteczna w leczeniu owsicy i glistnicy. Skuteczność kuracji była jednak zależna od stopnia intensywności inwazji. Nie stwierdzono wpływu antiverminy na włosogłówkę. Nie obserwowano objawów toksycznych w trakcie leczenia.

Zachęcające wyniki wstępnych badań, mimo stosunkowo niedużej liczby badanych dzieci i braku dalszej kontroli, skłaniają nas do konkluzji, że w akcji zwalczania pasożytów jelitowych, należało by wykorzystać również i taką okazję, jaką jest pobyt dzieci na koloniach letnich. Kolonie i obozy letnie stanowią bowiem środowisko zamknięte, które sprzyja przeprowadzaniu masowych akcji zdrowotnych u dzieci. Ścisła współpraca personelu lekarskiego i pielęgniarskiego z wychowawcami oraz bezpośredni kontakt z dzieckiem na przestrzeni kilku tygodni, stwarzają warunki do pełnej kontroli stosowania leków, oraz roztoczenia opieki nad dzieckiem w trakcie kuracji. Jest to szczególnie ważne w leczeniu chorób pasożytniczych. Masowe leczenie tych chorób na obozach i koloniach letnich zapobiegałoby poza tym rozprzestrzenieniu się pasożytów na dzieci zdrowe. Jak bowiem wynika z niektórych badań (5), stopień ekstenywności inwazji pasożytów jelitowych zwiększa się u dzieci w okresie powakacyjnym. Jest to najprawdopodobniej wynikiem zarażenia się dziećmi na koloniach i obozach letnich.

Biorąc pod uwagę wysoki odsetek dzieci zarażonych pasożytami jelitowymi w Polsce wydaje się, że niektóre sugestie, aby dzieci tych nie przyjmować na kolonie są niesłuszne. Bardziej racjonalne byłoby na-

szym zdaniem zbiorowe ich leczenie na koloniach a następnie przesłanie wykazu do Stacji San.-Epid. i lekarzy szkolnych w celu dalszej kontroli oraz jeśli to możliwe, leczenia środowiskowego. Należy oczywiście zdać sobie sprawę z tego, że likwidacja pasożytów jelitowych u dzieci przebywających na koloniach może być tylko jedną z form akcji masowej. Akcję taką należałoby prowadzić przede wszystkim w szkołach i przedszkolach przy ścisłej współpracy z rodzicami lub opiekunami dziecka.

PIŚMIENNICTWO

1. *Bogucki L.*: Pol. Tyg. Lek., 27, 1956. — 2. *Brown H. W.*: Amer. J. Trop. Med. Hyg., 4, 2, 1955. — 3. *Gerwel C.*: Wiad. Parazytologiczne, 1, 1955. — 4. *Goeters W.*: Deutsch. Med. Wchschr., 80, 9, 1955. — 5. *Iwańczuk I., Stobnicka I.*: Biul. IV Zjazdu PTP w Gdańsku, 1954. — 6. *Jelska A., Łapkowska K., Milewska D.*: Biul. IV Zjazdu PTP w Gdańsku, 1954. — 7. *Kozar Z., Szymańska H.*: Biul. IV Zjazdu. — 8. *Kotowrotkiewicz W., Pawłowski Z.*: Wiad. Parazyt., 4, 5/6, 1958. — 9. *Malinowska H.*: Wiad. Parazyt., 4, 5/6, 1958. — 10. *Pawłowski Z., Rydzewski A.*: Wiad. Parazyt., 5, 1956.
11. *Płotkowiak J.*: Wiad. Parazyt., 4, 5, 6, 1958. — 12. *Rydzewski A.*: Wiad. Parazyt., 4, 5/6, 1958. — 13. *Ritter E.*: Wiad. Parazyt., 4, 5/6, 1958. — 14. *Stojalowski W., Moniuszko A.*: Biul. IV Zjazdu PTP, 1954. — 15. *Ulewicz K.*: Wiad. Parazyt., 3, 6, 1957. — 16. *Zembrzusi K.*: Wiad. Parazyt., 3, 1957. — 17. *Zeligowska-Szulc J.*: Ped. Polska, 32, 2, 1967.