Одобрен
Объединенной комиссией
по качеству медицинских услуг
Министерства здравоохранения
Республики Казахстан
от «10» июня 2026 года
Протокол №253

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

ЭНТЕРОБИОЗ У ДЕТЕЙ

I. Вводная часть

1.1 Код(ы) Международной классификации болезней 10-го пересмотра (далее – МКБ-10) / Международной классификации болезней 11-го пересмотра (далее – МКБ-11):

Коды МКБ-10		Коды МКБ-11	
Код	Наименование заболеваний и состояний	Код	Наименование заболеваний и состояний
B80	Энтеробиоз	1F65	Энтеробиоз Enterobiasis (Оксиуроз, Инфекция, вызванная острицей)

1.2 Дата разработки и пересмотра клинического протокола: 2017г/ (пересмотр 2024/2026 год).

1.3 Сокращения, используемые в клиническом протоколе:

ЖКТ	желудочно-кишечный тракт
МКБ	международная классификация болезней
ОАК	общий анализ крови
ПЦР	полимеразно-цепная реакция
УД	уровень доказательности
УЗИ	ультразвуковое исследование

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

1.5Категория 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.

B	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.
C	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.

1.7 Термины и определения [1, 2, 4, 11]**:**

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 заболевания или состояния:

Единой международной классификации энтеробиоза не разработано. В клинической практике используется рабочая классификация по клиническому течению, степени тяжести, клиническим проявлениям и осложнениям.

По клиническому течению можно выделить:

Бессимптомное (атипичное) – отсутствуют жалобы, выявляются при обследовании;

Симптомное (типичное) с наличием клинических проявлений

По степени тяжести:

- легкая (редкий умеренный зуд без нарушений сна),
- средняя (постоянный выраженный зуд, нарушение сна, раздражительность, головная боль, энурез),
- тяжёлая (интенсивный постоянный зуд не только в анальном отверстии, но и в области моче-половых органов, гастроэнтерологические (боли в животе, тошнота, рвота, жидкий стул) и неврологические симптомы.

По клиническим проявлениям:

- кишечная – боли в животе, нестабильный стул;
- перианальная – зуд в анальной области, расчёсы;
- невротическая – раздражительность, нарушение сна;
- аллергическая – кожные высыпания;

● осложненная – дерматит, вульвовагинит, аппендицит.

По наличию осложнений:
● осложнение, вызванное за счет механического раздражения перианальной области: зудом или миграцией острицв соседние органы;
● вторичные кожные бактериальные инфекции: перианальные пиодермии, парапроктит, абсцесс;
● осложнения со стороны моче-половой системы (чаще миграция паразитов встречается среди девочек): вульвовагиниты, эндометриты, циститы;
● хирургические осложнения: острицы способны проникать в аппендикс и вызывать острый аппендицит;
● осложнения желудочно-кишечного тракта: длительная инвазия вызывает поражение микрофлоры кишечника, развивается энтериты, гастриты и снижается всасывание питательных веществ, что приводит к снижению веса ребенка.

II. Методы, подходы и процедуры диагностики:
2.1 Диагностические критерии:
1) Жалобы и анамнез:
● зуд и пощипывание в перианальной области в вечернее или ночное время;
● боли и урчание в животе;
● метеоризм;
● потеря аппетита;
● бессонница;
● тошнота;
● рвота;
● нарушения стула (учащенный кашицеобразный/запор);
● у девочек (вагинит, сальпингит, эндометрит);
● аппендицит;
● нарушение сна;
● раздражительность;
● повышенная утомляемость;
● ночное недержание мочи (энурез); никтурия;
● повышение температуры тела, но не всегда характерна.

2) Физикальное обследование:
● 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.

3) Лабораторные и инструментальные исследования:
Основные лабораторные исследования:
● перианальный соскоб (метод липкой ленты/шпателя, отпечатков на целлофане или мазков влажным ватным тампоном) – проводится утром, до

туалета и гигиены. Рекомендуется 3-х кратное исследование с интервалом 1-2 дня [A];

Дополнительные лабораторные исследования:

- ОАК – возможна умеренная эозинофилия [B]
- исследование кала на гельминтов – для обнаружения острц в фекалиях [B]
- определение IgE [B]
- определение глюкозы в крови, ГНв [B]

Инструментальные исследования:

- при энтеробиозе инструментальные исследования в рутинной практике не применяются.

Основные инструментальные исследования: нет.

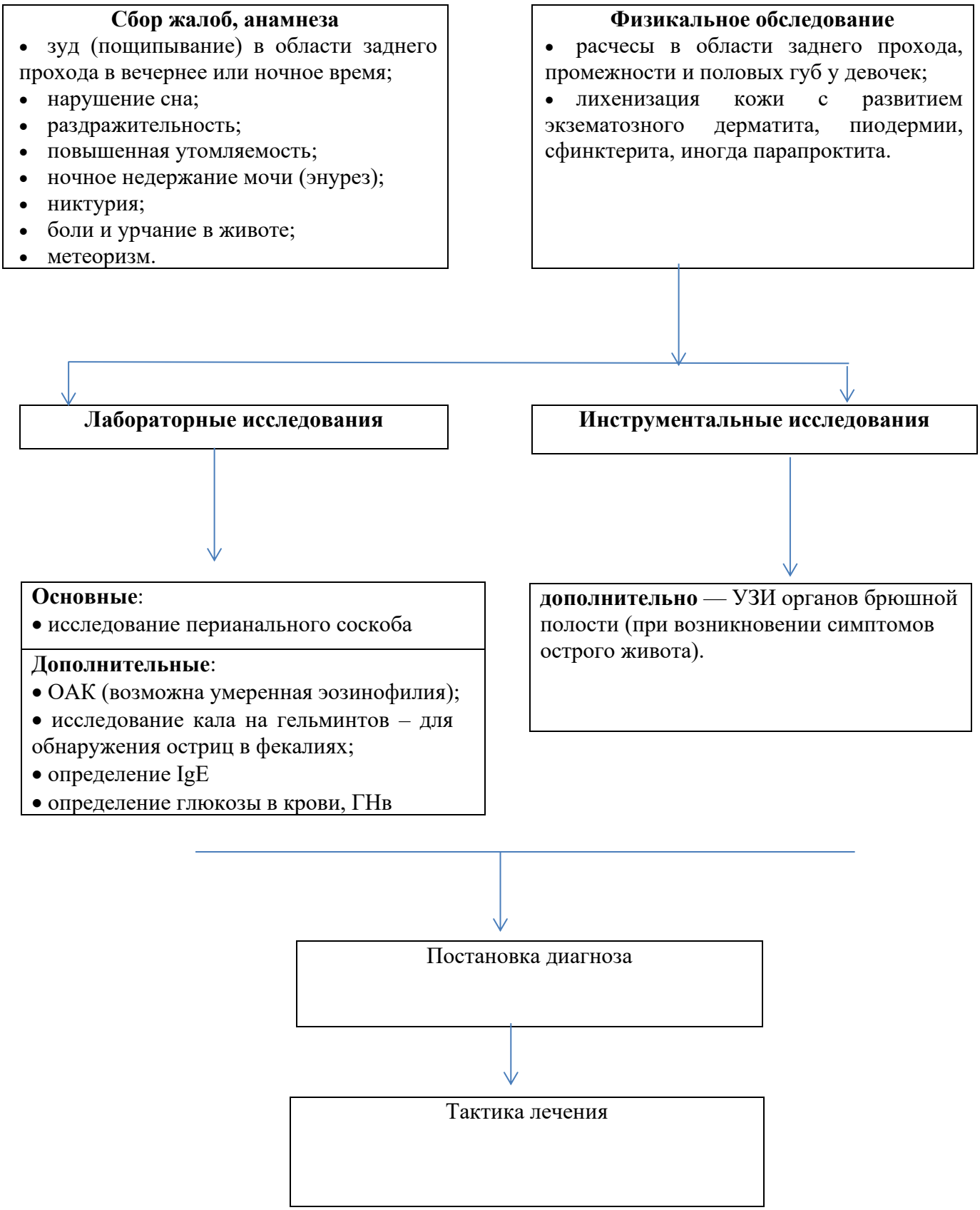
Дополнительные инструментальные исследования:

- УЗИ органов брюшной полости – при подозрении на осложнения ЖКТ [B]

4) Консультация профильного специалиста с описанием показаний и цели консультации:

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

2.2. Алгоритм диагностики с учетом последовательности действий:



2.3. Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований:

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
Энтеробиоз	перианальный зуд	перианальный соскоб	Ночной зуд в анальной области, расчёсы
Кандидоз перианальной области	перианальный зуд	микроскопия	Покраснение, налёт в перианальной области
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	глюкоза крови, ГНв	Зуд + полиурия, жажда
Геморрой	перианальный зуд	консультация хирурга	Запоры, увеличение диаметра, набухание, болезненность анальных вен, раздражение в прямой кишке, боль при дефекации, в кале - прожилки крови.

III. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ:

Лечение энтеробиоза у детей проводится в амбулаторных условиях и включает однократный приём антигельминтного препарата с обязательным повторным приёмом через 14 дней для полной эрадикации возбудителя, одновременное лечение всех контактных лиц, а также соблюдение санитарно-гигиенических мероприятий.

3.1. Немедикаментозное лечение:

Немедикаментозное лечение включает соблюдение санитарно-гигиенического режима, направленного на предотвращение реинвазии, а также рациональное питание в соответствии с возрастом.

Соблюдение санитарно-гигиенического режима

- тщательное соблюдение личной и общественной гигиены;
- регулярное мытьё рук, уход за подногтевыми пространствами;
- ежедневный туалет перианальной области;
- ежедневная смена нательного белья;
- использование плотно прилегающего нижнего белья (для предотвращения рассеивания яиц);
- утреннее подмывание ребёнка;

● ежедневная смена постельного белья или его обработка (стирка при высокой температуре, глажение горячим утюгом);
● обработка игрушек и предметов обихода.

Режим:
● купание ребёнка перед сном;
● соблюдение режима сна и отдыха.

Диета: специализированной диеты не требуется.
Питание должно быть полноценным, разнообразным и сбалансированным.

3.2. Медикаментозное лечение:

1) Основные лекарственные средства: медикаментозное лечение направлено на эрадикацию гельминта, предотвращение осложнений, снижение показателей распространенности.

Рекомендуется проводить профилактическое лечение всех контактных (члены семьи и дети организованного коллектива).

Препаратами выбора при энтеробиозе являются мебендазол и альбендазол и пирантел. Выбор препарата определяется возрастом пациента, противопоказаниями, доступностью лекарственного средства и региональными особенностями клинической практики. Пирантел может рассматриваться как предпочтительный препарат у детей раннего возраста ввиду возможности применения с 6 месяцев и благоприятного профиля безопасности.

В связи с высоким риском реинвазии рекомендуется одновременное лечение всех инфицированных членов семьи и близких бытовых контактов. При наличии нескольких случаев энтеробиоза в семье или рецидивирующем течении заболевания может быть рекомендовано одновременное лечение всех членов семьи независимо от наличия симптомов.

При выявлении множественных случаев энтеробиоза в организованном детском коллективе рекомендуется обследование контактных лиц. При высокой распространенности инвазии может рассматриваться одновременное лечение всех детей группы (класса) независимо от результатов обследования.

Фармакотерапевтическая группа	Международное непатентованное наименование лекарственного средства	Способ применения	УД
Противогельминтные (антигельминтные) препараты	Мебендазол: суспензия во флаконах:100 мг/5 мл; таблетки по 100 мг.	Детям с 2 лет: независимо от массы тела 100 мг однократно, при риске повторного заражения еще 100 мг через 2 недели	А

Противогельминтные (антигельминтные) препараты	Альбендазол: суспензия 100 мг/5 мл; таблетки по 400 мг.	Детям с 3–12 лет: – при массе тела менее 20 кг - 200 мг; – при массе тела 20 кг и более - 400 мг; Детям старше 12 лет - 400 мг однократно Рекомендуется повторный прием препарата в той же дозе через 2 недели.	A
Противогельминтные (антигельминтные) препараты	Пирантел: суспензия во флаконах по 15мл: 250 мг/5 мл; таблетки по 250 мг	Внутрь однократно в дозе 10–11 мг/кг (макс. 1 г): С 6 мес–2 года - 125 мг; с 2–6 лет - 250 мг; с 6–12 лет - 500 мг; 12–18 лет - 750 мг; при массе тела >75 кг - 1 г. Повторный прием в той же дозе через 2 недели.	A

2) Дополнительные лекарственные средства: нет.

3.3 Хирургическое лечение: нет.

IV. Показания для госпитализации с указанием типа госпитализации:
4.1. Показания для плановой госпитализации: нет.
4.2. Показания для экстренной госпитализации: нет.

V. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ: нет.
5.1. Немедикаментозное лечение: нет.
5.2. Медикаментозное лечение: нет.
5.3 Хирургическое лечение: нет.

5.4Дальнейшее ведение:
● осмотр ребенка через 2 недели после окончания лечения включает оценку наличия или отсутствия ночного зуда в перианальной области, расчесы кожи промежности, беспокойный сон, боли в животе, снижение аппетита,
● контроль эффективности лечения включает проведение перианального соскоба (утром после сна до подмывания и дефекации) через 14 дней после завершения лечения 3-х кратно с интервалом 1-2 дня;
● после повторного проведения лечения через 2-3 недели рекомендуется повторное обследование перианального соскоба (3-х кратно с интервалом 1-2 дня).

5.5 Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения:
Клинические критерии:

● купирование клинических симптомов заболевания (в первую очередь перианального зуда).

Лабораторные критерий:
● отрицательные результаты трехкратного исследования соскобов с перианальных складок на яйца остриц, выполненных через 2 недели после завершения лечения с интервалом 1-2 дня.

VI. Организационные аспекты клинического протокола:
6.1. Наименование организации разработчика:
1) НАО «Карагандинский медицинский университет»
2) НАО «Медицинский университет Семей»
3) АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
4) КГП на ПХВ «Городской инфекционный центр города Жезказган» Управление здравоохранения области Ұлытау
5) КГП на ПХВ «Областной центр фтизиопульмонологии и инфекционных болезней» Управление здравоохранения области Абай
6) Инфекционный центр КГП на ПХВ «Областная клиническая больница» Управление здравоохранения области Карагандинской области
7) КГП на ПХВ «Атырауская областная инфекционная больница» Управление здравоохранения Атырауской области
8) ТОО КДРЦ «SANAD» города Караганды

6.2. Список разработчиков клинического протокола с указанием квалификационных данных:
1) Алшынбекова Гульшарбат Канагатовна – кандидат медицинских наук, профессор кафедры инфекционных болезней и фтизиатрии НАО «Карагандинский медицинский университет»
2) Девдариани Хатуна Георгиевна – кандидат медицинских наук, ассоциированный профессор кафедры детских инфекционных болезней НАО «Карагандинский медицинский университет», главный внештатный детский инфекционист Карагандинской области
3) Эфендиев Имдат Муса оглы – кандидат медицинских наук, PhD, заведующий кафедрой детских инфекционных болезней НАО «Медицинский университет Семей», заместитель главного врача по инфекционной службе КГП на ПХВ «Областной центр фтизиопульмонологии и инфекционных болезней» Управление здравоохранения области Абай
4) Кизатова Нурьфия Тулемисовна – кандидат медицинских наук, заместитель директора по контролю качества медицинских услуг КГП на ПХВ «Атырауская областная инфекционная больница», главный внештатный детский инфекционист Атырауской области
5) Бердалиева Фарида Абдуллаевна – PhD, и.о.доцента кафедры инфекционных болезней АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
6) Маканова Жумакуль Шакармановна – заведующий инфекционным отделением КГП на ПХВ «Городской инфекционный центр города Жезказган»

Управление здравоохранения области Ұлытау, главный внештатный инфекционист области Ұлытау, врач инфекционист высшего уровня квалификации
7) Кожугалиева Аида Амангельдиевна – заместитель директора ТОО КДРЦ «SANAD», врач инфекционист высшего уровня квалификации, эксперт Национальной Аккредитации
8) Кустова Жанна Антанасовна – заведующий отделением кишечных инфекций раннего возраста инфекционного центра КГП на ПХВ «Областная клиническая больница» Управление здравоохранения области Карагандинской области, врач инфекционист высшей категории
9) Насакаева Гульмира Ермекбаевна – магистр медицины, ассистент профессор кафедры инфекционных болезней и фтизиатрии НАО «Карагандинский медицинский университет», врач инфекционист высшей категории
10) Бикбатырова Юлия Юрьевна – ассистент кафедры клинической фармакологии и доказательной медицины НАО «Карагандинский медицинский университет»

6.3.Информация о наличии/отсутствия конфликта интересов: нет.

6.4. Данные рецензентов:
1) Баешева Динагуль Аяпбековна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой детских инфекционных болезней НАО «Медицинский университет Астана», главный детский инфекционист Министерства здравоохранения Республики Казахстан
2) Умешева Кумускуль Абдуллаевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры детских инфекционных болезней НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова»
3) Нурланова Гулжанат Нурлановна – PhD, доцент кафедры инфекционных болезней и детских инфекций НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова»

6.5 Указание условий пересмотра клинического протокола:
1) пересмотр не реже 1 раза в 5 лет и не чаще 1 раза в 3 года при наличии новых методов диагностики и лечения с уровнем доказательности;
2) включение/исключение лекарственных средств в соответствии с рекомендациями Формулярной комиссии.

6.6 Список использованной литературы:
1) American Academy of Pediatrics. Pinworm infection (Enterobius vermicularis). In: Kimberlin DW, Barnett ED, Lynfield R, eds. Red Book: 2024-2027 report of the committee on infectious diseases. 33rd ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2024.

2) Centers for Disease Control and Prevention. Pinworm infection: about pinworm infection. Sep 2024 [internet publication]. Full text (https://www.cdc.gov/pinworm/about/index.html
3) Roberg M.Kliegman, Bonita F.Stanton, Joseph W.St.Geme, Nina F.Schoor/ Nelson Textbook of Pediatrics. Twentiethedition. International Edition.//Elsevier-2016, vol. 2-th.
4) Centers for Disease Control and Prevention. Enterobiasis (Enteroblus vermicularis) https://www.cdc.gov/dpdx/enterobiasis/index.html (Accessed on January 10, 2020).
5) Maryland Department of Health. Pinworm fact sheet. https://health.maryland.gov/phpa/IDEHASharedDocuments/Pinworm.pdf (Accessed on March 28, 2025).
6) Šimka V, Špačková M. [Analysis of enterobiasis in the Czech Republic in 2018-2022]. Epidemiol Mikrobiol Imunol 2024; 73:3.
7) Hsiao YC, Wang JH, Chu CH, et al. Is pinworm infection still a public health concern among children in resource-rich regions? Trends in pinworm infection prevalence and associated factors among children in Hualien County, Taiwan: a retrospective cross-sectional study. BMC Public Health 2022; 22:2200.
8) Efared B, Atsame-Ebang G, Soumana BM, et al. Acute suppurative appendicitis associated with Enterobius vermicularis: an incidental finding or a causative agent? A case report. BMC Res Notes 2017; 10:494.
9) Sousa J, Hawkins R, Shenoy A, et al. Enterobius vermicularis-associated appendicitis: A 22-year case series and comprehensive review of the literature. J Pediatr Surg 2022; 57:1494.
10) Rossi CM, Lenti MV, Lo Bello A, et al. Pinworm Infection Misdiagnosed With Primary Eosinophilic Colitis. A Case Series. ACG Case Rep J 2024; 11:e01547.
11) Davoodi L, Soleymani E, Oladi Z, et al. Vulvovaginitis due to Enterobius vermicularis in a girl and epidemic enterobiasis in her family. Clin Case Rep 2024; 12:e8902.
12) Wendt S, Trawinski H, Schubert S, et al. The Diagnosis and Treatment of Pinworm Infection. Dtsch Arztebl Int 2019; 116:213.
13) Centers for Disease Control and Prevention. Parasites - Enterobiasis (also known as Pinworm Infection): Prevention and Control. https://www.cdc.gov/parasites/pinworm/prevent.html (Accessed on March 03, 2021).
14) Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Pinworm infection (Enterobiasis): Treatment. Available at: https://www.cdc.gov/parasites/pinworm/treatment.html
15) Matthys B., Bobieva M., Karimova G., et al.Efficacy and safety of albendazole and mebendazole against soil-transmitted helminths: systematic review and meta-analysis. Lancet Infect Dis. 2011;11(3):223–232. doi:10.1016/S1473-3099 (10) 70207-3.
16) World Health Organization (WHO). Deworming in children [Internet]. Geneva: WHO; 2023. Available from: https://www.who.int/tools/elena/interventions/deworming. Accessed: 2026.

17) Approach to stool microscopy. Danny A. Milner, Jr, MD, MSc (Epi), MBA, Updated: Feb 26, 2026.
18) World Health Organization. Bench Aids for the diagnosis of intestinal parasites. WHO, Geneva 2012. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37323/1/9789241544764_eng.pdf?ua=1 (Accessed on January 08, 2025).
19) Rectal prolapse in children. Leonel A Rodrigues. MD, MS, Updated: May 30, 2025
20) Moon JK, Stratigis JD, Lipskar AM. Rectal Prolapse in the Pediatric Population. Curr Gastroenterol Rep 2025; 27:6.
21) Kodia K, Huerta CT, Perez EA. Rectal prolapse in the pediatric population-a narrative review of medical and surgical management. Transl Gastroenterol Hepatol 2024; 9:47.
22) Vulvovaginitis in the prepubertal`child. Marc R Laufer, MD S Jean Emans, MD, Updated. Sep 05, 2025
23) Zuckerman A, Romano M. Clinical Recommendation: Vulvovaginitis. J Pediatr Adolesc Gynecol 2016; 29:673.
24) Baka S, Demeridou S, Kaparos G, et al. Microbiological findings in prepubertal and pubertal girls with vulvovaginitis. Eur J Pediatr 2022; 181:4149.
25) American Academy of Pediatrics. Red Book: 2024-2027 Report of the Committee on Infectious Diseases, 33rd ed, Kimberlin DW, Banerjee R, Barnett E, Lynfield R, Sawyer MH (Eds), American Academy of Pediatrics, 2024.
26) https://emedicine.medscape.com/article/225652-treatment?utm