

УДК. 616.995.132 – 07/ – 08 (477.87)

ДОСВІД ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ТОКСОКАРОЗУ У ДІТЕЙ М. УЖГОРОДА**Машіка В.Ю., Бора В.М., Рошко І.Г., Мальованик Н.Г., Курах Д.Й.***Ужгородський національний університет, м.Ужгород***Ключові слова:** діти, токсокароз, специфічний IgG, еозинофілія, мебендазол

Вступ. Токсокароз, вперше описаний вченим Беавером в 1952 році [6], залишається маловідомою хворобою для більшості практичних лікарів внаслідок прихованого, часто під маскою різноманітних захворювань, перебігу та клінічного поліморфізму, що зумовлює певні труднощі діагностики [3]. Актуальність проблеми також зумовлена властивістю токсокарозу, за даними літератури, обтяжувати перебіг багатьох захворювань у дітей.

Збудника токсокарозу (*Toxocara*) відносять до гельмінтів класу нематод, підряду аскарид, роду токсокар. На сьогоднішній день відомо два різновиди токсокарозу: собачий та кошачий. Більш вивчений собачий токсокар, *Toxocara canis*, який паразитує у кишечнику собак, лисиць, вовків. Середня тривалість життя статевозрілої особи – 4, максимум – 6 місяців. Одна самка собачого токсокару виділяє за добу 200 000 яєць, що

призводить до забруднення ґрунту декількома мільйонами незрілих яєць кожного дня [2]. Дозрівання яєць токсокар відбувається у ґрунті за 15-20 днів при оптимальній вологості та достатній температурі ґрунту (не нижче 13 С та не вище 36 С). Зараження дітей (особливо молодшого віку з 1,5 до 4 років) токсокарозом відбувається через забруднені ґрунтом або піском руки, внаслідок геофагії (землеїдство), а також в результаті близького контакту із собаками, на шерсті яких прикріплюються яйця гельмінтів. До останнього часу обговорюється можливість зараження дітей забрудненою їжею (овочами, фруктами), водою; допускається трансплацентарний шлях передачі личинок токсокар (вроджений токсокароз) та трансмамарний – через грудне молоко. Обмірковується питання зараження при недостатній термічній обробці м'яса резервуарних хазяїв: курчат, голубів, ягнят; свиней [1].

Ураження токсокарозом цуценят складає 81%, тоді як у собак, старших 6 місяців – 9%. За даними Т.Стіла та Д.Еварса ураження токсокарозом собак, яке досягає 7%, уже достатнє для можливої передачі інвазії людині.

Враховуючи територіальне розповсюдження, яйця токсокар найчастіше виділяють з ґрунту дитсадків, з пісочниць, в меншій мірі – з ґрунту парків, скверів та садів сільської місцевості. В пробах ґрунту з подвір'я садів яйця токсокар виявляються у 25,4 рази частіше, ніж яйця аскарид, з ґрунту парків, скверів – в 6-14 разів [2].

Відомо, що потраплення яєць в проксимальний відділ тонкого кишечника призводить до вилуплення личинок, які проникають через слизову оболонку та мезентеріальні вузли у кровоток, через печінку у праву половину серця, далі у легені, через ліву половину серця розповсюджуються по всіх органах та системах людини, фіксуючись у судинах розміром 0,02 мм, а далі у паренхімі органів. Личинки в організмі людини не ростуть до статевозрілої форми і проявляють активність в залежності від реактивності організму дитини [7]. В експерименті на приматах личинки токсокар зберігали можливість мігрувати в органах та тканинах протягом 10 років. В процесі їх життєдіяльності інвазія токсокар викликає геморагії та некрози тканин з поступовим формуванням навколо личинки гранульоми. Тому вісцеральний токсокароз називають дисимінованим еозинофільним гранульоматозом, який протікає з ураженням різних органів дитини: печінки, підшлункової залози, легенів, нирок, серця, мозку, очей, мезентеріальних лімфатичних вузлів, суглобів, скелетної мускулатури.

Головну роль в патогенезі субклінічних форм токсокарозу відіграють імунopatологічні реакції, тобто сенсibiliзація соматичними, метаболічними антитілами личинок собачих гельмінтів за рахунок розвитку гіперчутливості негайного та сповільненого типів. Крім того гельмінти можуть потенціювати чутливість дитини, що хворіла на токсокароз до інших алергенів, що підтверджується позитивними шкірними пробами до різних не інфекційних алергенів [4].

У клініці виділяють вісцеральну (системну) –

40%, місцеву (очну) – 25%, неврологічну та шкірну форми токсокарозу з основними (загальними) і тимчасовими ознаками. Основними ознаками є: легеневий синдром (65%), збільшення печінки (80%), еозинофілія, гіпергаммаглобулінемія.

Легеневий синдром варіює у широких межах – від катаральних явищ рецидивуючого характеру до важких та ускладнених пневмоній, що не піддаються лікуванню антибіотиками широкого спектру дії. Серед хворих бронхіальною астмою та рецидивуючим бронхітом токсокароз виявляється приблизно у 20% випадків. До тимчасових ознак відносять рецидивуючі висипання на шкірі еритемного та уртикарного характеру (30%), збільшення селезінки (20%), помірну лімфоденопатію (70%), абдомінальний синдром (50%). Також описані випадки розвитку у хворих панкреатиту, міокардиту, ураження нирок, суглобів, ураження ЦНС [6]. Очний токсокароз у дітей клінічно проявляється зниженням гостроти зору, косоокістю.

Мета дослідження. Метою даного дослідження було вивчення розповсюженості токсокарозу у дітей з різними захворюваннями органів дихання, травлення, сечовиділення, у яких спостерігалась висока еозинофілія (>10), мав місце контакт з домашніми тваринами (собаками), а також визначення ефективності лікування токсокарозу вермоксом (мебендазолом) за спеціальною схемою.

Методи обстеження. У дітей з підозрою на токсокароз при відповідних даних анамнезу визначався в динаміці загальний аналіз крові з розгорнутою формулою, проводилось імунологічне дослідження імуноферментним методом з використанням тест-набору виробництва ЗАТ-“Вектор”-Best, Росія, м.Новосибірськ. Для цього нами було проведено обстеження 52 дітей віком від 2 до 15 років із визначенням високого рівня специфічного для токсокар IgG при оптичній густині більше ніж 110% від діагностичного контролю.

Результати обстеження та лікування. Результати обстеження 52 дітей представлені в таблиці 1.

Таблиця 1

Рівень виявлення специфічного до токсокар IgG та еозинофілії крові у дітей з різними нозологічними формами

№	Нозологічні форми	Кількість дітей	Рівень виявлення специфічного IgG до токсокар	Рівень еозинофілії >10 у хворих з виявленим токсокарозом
1.	Бронхіальна астма	20	8 (40 ± 11,2%) p<0,05	6 (75 ± 16,4%) p<0,05
2.	Рецидивуючий бронхіт	15	8 (53,3 ± 9,5%) p<0,05	6 (75 ± 16,4%) p<0,05
3.	Респіраторний алергоз	4	1 (25 ± 1%) p<0,05	1 (100 ± 0%) p<0,05
4.	Гостра пневмонія	2	-	-
5.	Дискінезія жовчєвивідних шляхів	7	2 (28,6 ± 18,4%) p<0,05	2 (100 ± 0%) p<0,05
6.	Хронічний гломерулонефрит, пієлонефрит	4	4 (100 ± 0%) p<0,05	4 (100 ± 0%) p<0,05
	Загальна кількість обстежених дітей	52	23 (44,2 ± 6,9%) p<0,05	19 (82,6 ± 10,5%) p<0,05

Проведене імунологічне обстеження показало, що з 52 дітей, обстежених на токсокароз, у 23 (44,2% ± 6,9%) був виявлений високий титр специфічного до токсокар IgG. Із виявлених – у 19 (82,6 ± 10,5%) рівень еозинофілів був >10. У чотирьох дітей віком до двох років, хворих на токсокароз, еозинофілія була в межах норми.

Високий титр специфічного до токсокар IgG найчастіше виявлявся у дітей з бронхо-легеневими захворюваннями (бронхіальна астма, рецидивуючий бронхіт), при нефрологічних захворюваннях. У двох дітей відмічалась шкірна симптоматика: алергічний дерматит, вітіліго.

Лікування проводилось вермоксом 0,1 (мебендазол) по 1 таблетці 2 рази в день протягом 10-15 днів, всього 2-3 курси з проміжком в 1 місяць. Після лікування вермоксом (мебендазол) у 4 хворих бронхіальною астмою була досягнута ремісія протягом 1 року, у 2 дітей зменшилася частота та тривалість приступів. В 2 випадках бронхіальної астми одноразове лікування не впливало на перебіг захворювання, що вимагало повторного курсу лікування. У 8 хворих рецидивуючим бронхітом відмічалась відсутність рецидивів бронхіту протягом року. У першого хворого із дискінезією жовчевивідних шляхів

після 2 курсу вермоксу пройшов рецидивуючий больовий синдром, у другого з супутнім вітіліго, зменшилася депігментація шкіри. У 4 дітей, хворих на нефрологічні захворювання, нормалізувалися показники загального аналізу сечі. Крім того, у всіх дітей, хворих на токсокароз, зменшилася еозинофілія крові та нормалізувалися імунологічні показники специфічного до токсокар IgG.

Отже, можна зробити висновок, що перебіг токсокарозу характеризується клінічним поліморфізмом та поліорганністю уражень. Потрібно проводити цілеспрямоване імунологічне обстеження на наявність специфічного до токсокар IgG крові дітям різного віку з рецидивуючими захворюваннями бронхів, нирок, шкіри з високою еозинофілією (більшою за 10), котрі перебувають у тісному контакті в анамнезі з собаками, а у дітей молодшого віку навіть при нормальному рівні еозинофілів крові. Лікування дітей, хворих на токсокароз, вермоксом (мебендазол) за вищевказаною схемою, слід вважати ефективним методом, що підтверджується позитивною клінічною динамікою та імунологічними показниками в процесі лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Верета Л.Е., О.И. Мамикова. Обсемененность почвы яйцами токсокар в детских дошкольных учреждениях Москвы.// Медицинская паразитология и паразитарные болезни. - М. Медицина. - 1984. - N3. - С 19 - 22.
2. Давидяк В.А. Исследование объектов внешней среды на наличие яиц токсокар.// Медицинская паразитология и паразитарные болезни. - М. Медицина. - 1982. - N3. - С 67 - 70.
3. Дмитриев С.Н., Данилова Г.Л., Горбачевский Г.И. Случай токсокароза у детей.// Педиатрия. - М. Медицина. - 1990. - N7. - С 80 - 82.
4. Захаров Е.Ф., Алексеева М.И., Селиванова Л.Г. Бронхиальная астма и токсокароз.// Клиническая медицина. - М. Медицина. - 1984. - N2. - С 115 - 118.
5. Калугин И.Л., Сметанников В.М., Абдулова В.К. Токсокароз у детей раннего возраста.// Педиатрия. - М. Медицина. - 1990. - N10. - С 96 - 98.
6. Карнаузов В.К. Клиника и терапия токсокароза у детей.// Вопросы охраны материнства и детства. - М. Медицина. - 1982. - N7. - С 35 - 38.
7. Раманускайте М.Б., Байоринене Д.В., Пташекас Р.С. Токсокароз у детей.// Педиатрия. - М. Медицина. - 1978. - N1. - С 54 - 60.
8. Рыбак Е.А., Фельдман Э.В., Авдюхин Т.И. Результаты первого серозидемиологического обследования населения Белоруссии на токсокароз.// Здоровье Белоруссии. - 1991. - N6. - С 15 - 16.
9. Федоренко А.Н. Случай токсокароза.// Лечебное дело. - 1996. - N10 - 12. - С 159 - 160.

SUMMARY

EXPERIENCE OF THE TOXOCARIASIS EXAMINATION AND TREATMENT IN CHILDREN LIVING IN UZHGOROD

Mashika V., Bora V., Roshko I., Malyovanik N., Kurakh D.

The article describes the possibility of toxocariasis in children with a clinical polymorphism under the cover of different diseases. The analysis clinico-immunological tests with revealing specific IgG of blood to toxocara canis (toxocara mystax) and eosinophilia in a common blood analysis is carried out for a more accurate definition of the diagnosis. The efficacy of the toxocariasis treatment in children with mebendazol according to a special scheme has been confirmed.

Key words: children, toxocariasis, specific IgG, eosinophilia, mebendazol