



УДК 616.995.132-053.2(477.83)

DOI: 10.22141/2224-0551.5.73.2016.78318

ІВАНОВА Л.А., ШЕВЧУК Н.М., ГУК Л.І.

ДВНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна

МКУ «Обласна дитяча клінічна лікарня», м. Чернівці, Україна

ВІСЦЕРАЛЬНИЙ ТОКСОКАРОЗ У ПІДЛІТКА: ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ПРЕПАРАТУ АЛЬДАЗОЛ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

Резюме. У статті подане власне клінічне спостереження випадка вісцерального токсокарозу у дівчинки 13 років, наведені результати ефективного лікування захворювання із застосуванням препарату Альдазол.

Ключові слова: токсокароз, діти, Альдазол.

Гельмінтози — найпоширеніші захворювання людей. Згідно з даними офіційної статистики, в Україні щорічно реєструють 300–400 тис. випадків гельмінтозів, із них 80 % — серед дітей [3]. Незважаючи на досить значне поширення токсокарозу серед людей, офіційна статистика цього захворювання в Україні залишається досить низькою. Так, за даними Центру боротьби із захворюваннями, у США щорічно реєструється 700–1000 випадків токсокарозу, проте в Україні їх кількість значно менша. Так, у 2011 р. було зареєстровано 275 випадків захворювання (із них серед дитячого населення — 107 випадків) [4].

Токсокароз — зоонозна інвазія, що характеризується поліморфізмом клінічних проявів, тривалим і рецидивуючим перебігом. Захворювання вражає переважно дитяче населення та не має специфічних симптомів, що значно утруднює діагностику цієї нозології. Токсокароз може проявлятися ураженням шкіри, очей, м'язів, суглобів, бронхолегеневої, судинної, травної та нервової систем із розвитком тяжких форм, що супроводжуються зниженням зору, косоокістю, судомним синдромом, астматичним станом. Тому випадки захворювання на токсокароз можуть зустрітись у практичній діяльності лікарів різного фаху. Збудником є нематода роду *Toxocara*, сімейства *Anisakidae*. Розрізняють *Toxocara canis* — гельмінт собак і *Toxocara mystax* — гельмінт кішок. Роль *T.canis* у патології людини доведена, а *T.mystax* — ще обговорюється, і тому наразі під терміном «токсокароз» розуміють тільки захворювання людини, викликане *T.canis* [1].

У людини токсокароз зустрічається в трьох клінічних формах:

1) шкірна, що проявляється вузлуватою еритемою, дрібнопапульозним висипом, рецидивуючими болючими утвореннями під шкірою попереку, кінцівок. Може бути єдиним провідним проявом інвазії або супроводжувати інші клінічні прояви захворювання;

2) очна, яку пов'язують із зараженням людини мінімальною кількістю личинок. Переважно вражається одне око з розвитком косоокості, зниженням зору;

3) вісцеральна, що характеризується ураженням багатьох органів-мішеней. Основні симптоми — рецидивуюча лихоманка, бронхоспазм, пневмонія, збільшення печінки та селезінки, лімфаденопатія, еозинофілія, гіпергаммаглобулінемія. Часто виявляється гастроінтестинальна патологія: біль у животі, зміна апетиту, нудота, блювання, помірна діарея або нестійкість випорожнення. Одним із провідних проявів вісцеральної форми токсокарозу є стійка тривала еозинофілія (20–30 %) аж до розвитку еозинофільно-лейкемоїдних реакцій. Загальна кількість лейкоцитів підвищується до 15–20 г/л [6].

Адреса для листування з авторами:

Іванова Лорина Алімівна

E-mail: lorina.ivanova@gmail.com

© Іванова Л.А., Шевчук Н.М., Гук Л.І., 2016

© «Здоров'я дитини», 2016

© Заславський О.Ю., 2016

Прижиттєвий паразитологічний діагноз токсокарозу практично неможливий, оскільки виявити мігруючі личинки та ідентифікувати їх за гістологічними зрізами досить важко. Провідними у діагностиці токсокарозу є імунологічні тести. Велике значення у встановленні діагнозу токсокарозу має епідеміологічний анамнез (дані про утримання в родині собаки або тісний контакт із собакою, звичка пікацизму) [4].

Основним у лікуванні дітей, хворих на токсокароз, вважається застосування антигельмінтних препаратів. Антигельмінтні препарати повинні відповідати таким вимогам: висока активність, широкий спектр дії, відсутність резорбтивного ефекту та пошкоджуючої дії на органи і тканини людини, швидке виведення з організму, відсутність кумуляції. При виборі антигельмінтного препарату слід ураховувати ефективність і швидкість лікування, зручність дозування та комфортність прийому, доступну ціну [5].

Наразі в світі одним із найбільш поширених засобів є альбендазол, який відповідає цим вимогам, призначається при моно- та поліінвазіях, має ларвіцидну, овоцидну та верміцидну дію (знешкоджує дорослих паразитів, яйця та личинки). В Україні випускається вітчизняний альбендазол — Альдазол (Київський вітамінний завод), що має комплексний механізм дії на паразитів, а саме: інгібує полімеризацію бета-тубуліну, руйнує цитоплазматичні мікроканальці клітин кишкового тракту гельмінта, пригнічує утилізацію глюкози, блокує рух секреторних гранул у м'язових клітинах круглих гельмінтів. Випускається в таблетках, вкритих плівчастою оболонкою, що забезпечує комфортний прийом без жування, а за необхідності можливе подрібнення таблеток. Під час лікування препаратом Альдазол відсутня потреба у проведенні очисних клізм, прийомі послаблюючих засобів, спеціальній дієті [5].

Для лікування токсокарозу препарат призначають перорально в добовій дозі 10 мг/кг у 2 прийоми. Курс лікування — 10–20 днів [2]. Критерії ефективності лікування: покращення загального стану, поступова регресія клінічних симптомів, зниження рівня еозинофілії, зниження титру специфічних антитіл. Слід відзначити, що клінічний ефект випереджає позитивну динаміку гематологічних та імунологічних змін. При рецидивах клінічної симптоматики, повільному покращенні клініко-лабораторних показників курси специфічної терапії повторюють через 1–2 місяці, іноді призначають 3–4 курси лікування.

Прогноз для життя сприятливий, проте при масивній інвазії та тяжких поліорганних ураженнях, особливо в осіб із порушеннями імунітету, можливий летальний кінець хвороби.

З метою демонстрації особливостей клінічної картини вісцеральної форми токсокарозу, напрямків діагностичного пошуку та ефективності лікування захворювання з використанням вітчизняного препарату Альдазол (Київський вітамінний завод) наводимо клінічний випадок.

Клінічний випадок

Пацієнтка Ангеліна К., 13 років, учениця 7-го класу, захворіла гостро 09.03.2016 р. Відзначено раптове підвищення температури тіла до 38,7 °С, з'явилися болі в животі, головний біль, одноразове блювання. Надвечір цього ж дня біль у животі посилювався, набув переймоподібного характеру, і батьки з дитиною звернулись до ЦРЛ, де була виключена хірургічна патологія органів черевної порожнини.

З анамнезу захворювання: при ультразвуковому обстеженні органів черевної порожнини, проведеному в ЦРЛ, виявлено дифузні вогнищеві зміни в печінці та зроблено висновок: множинні об'ємні утворення обох часток печінки. Для подальшого обстеження та лікування дитина направлена в обласну дитячу клінічну лікарню.

10.03.2016 р. хвора проконсультована гастроентерологом і з діагнозом «гепатит нез'ясованої етіології, об'ємні утворення печінки, орнітоз?» направлена в гастроентерологічне відділення лікарні. На момент госпіталізації хвора висловлювала скарги на помірні болі в животі ниючого характеру, переважно в правій підреберній ділянці, іноді переймоподібні, що купіруються спазмолітиками, схильність до запорів, головний біль, загальну слабкість і швидку втомлюваність, підвищення температури тіла. В подальшому дитина скаржилась на періодичні ниючі болі в здухвинних ділянках, переважно перед дефекацією. Діагноз при надходженні був сформульований як «реактивний гепатит неуточної етіології, об'ємні утворення печінки».

З анамнезу життя відомо, що дівчинка — перша дитина в сім'ї, народилась від перших термінових пологів. Відмічений адекватний психомоторний розвиток на першому році життя та в періоді раннього дитинства. Пацієнтка щеплена згідно з календарем. Родина мешкає в сільській місцевості в приватному будинку, має домашніх тварин, в тому числі собаку. Серед перенесених дитиною захворювань — гострі респіраторні інфекції. У віці 1 рік проводилось хірургічне видалення гемангіоми обличчя. Дитячих інфекцій, травм в анамнезі не має. Алергологічний анамнез сім'ї не обтяжений. У дитини алергічних проявів не було. Ще двоє дітей, які виховуються в родині (дівчинка 10 років, хлопчик 6 років), здорові.

При надходженні в обласну клінічну лікарню стан дитини середньотяжкий, що зумовлено больовим, інтоксикаційним синдромом. Температура тіла — 37,8 °С. Зріст — 146 см, маса тіла — 33 кг. Дитина млява, переважно лежить у ліжку. Шкірні покриви чисті, дещо бліді. Видимі слизові оболонки чисті, вологі, катаральних явищ немає. Лімфатичні вузли не пальпуються. Грудна клітка звичайної форми. Над легеньми перкуторно — легеневий звук. Дихання над легеньовими полями проводиться симетрично, хрипів немає, частота дихання — 20 за хвилину. Межі відносної серцевої тупості не розширені. Тони серця ритмічні, звучні, систолічний шум в 5-й точці. Частота серцевих скорочень — 80 ударів

за хвилину. Язик обкладений білими нашаруваннями, вологий. Живіт м'який, болючий при пальпації в епігастральній ділянці та правому підребер'ї. Печінка виступає з-під краю реберної дуги на 2 см. Селезінка не пальпується. Фізіологічні відправлення не порушені.

Клінічний аналіз крові:

— від 11.03.2016 р.: лейкоцитоз з нейтрофілією зсувом формули вліво: лейкоцити — 20,0 г/л, паличкочерні — 15 %, сегменточерні — 61 %, еозинофіли — 2 %, лімфоцити — 15 %, моноцити — 7 %, ШОЕ — 15 мм/год. Тромбоцити — 240 Т/л, гемоглобін — 116 г/л, еритроцити — 4,15 Т/л;

— від 14.03.2016 р.: лейкоцити — 14,0 г/л; паличкочерні — 9 %, сегменточерні — 55 %, еозинофіли — 1 %, лімфоцити — 28 %, моноцити — 7 %, ШОЕ — 10 мм/год. Тромбоцити — 364 Т/л, гемоглобін — 121 г/л, еритроцити — 4,3 Т/л.

Клінічний аналіз сечі патології не виявив. Показник діастази в сечі — 32 Од. В аналізі калу яйця глистів, найпростіші виявлені не були. Результат обстеження на ентеробіоз негативний. Негативним також був результат дослідження калу на приховану кров. У біохімічному аналізі крові виявлено підвищення рівня аспаратамінотрансферази (АСТ) до 32,8 Од/л та лужної фосфатази — 308 Од/л. Інші біохімічні показники були в межах вікової норми. При проведенні ультразвукового дослідження (УЗД) печінки 10.03.2016 р. встановлено: вертикальний розмір правої частки — 120 мм, лівої — 55 мм, розташування правої та лівої часток печінки звичайне, край заокруглений, ехогенність підвищена, ехоструктура неоднорідна, паренхіма середньозерниста. В обох частках печінки візуалізуються множинні гіпоехогенні округлі утворення без чітких контурів, без кровоточивості, максимально 10–12 мм. Вільна рідина в черевній порожнині відсутня. При УЗД жовчного міхура, підшлункової залози, селезінки, нирок, сечового міхура, матки та яєчників патологічних змін не виявлено.

10.03.2016 р. під час консультації хірурга за результатами клінічної картини та візуалізаційних методів діагностики даних на користь гострого хірургічного захворювання виявлено не було. Однак, зважаючи на наявність больового синдрому та гіпоехогенних утворень у печінці, рекомендовано виключити ураження органів черевної порожнини пухлинним процесом. 10.03.2016 р. дитина консультована гематологом. Для виключення системного захворювання, беручи до уваги результати УЗД печінки, рекомендовано проведення КТ із контрастуванням органів грудної та черевної порожнини, обстеження на TORCH-інфекції, визначення рівня альфа-фетопротеїну, лактатдегідрогенази, сироваткового феритину.

Дитині призначене лікування: дезінтоксикаційна терапія (5% глюкоза, 0,9% розчин натрію хлориду, реосорбілакт), фосфалюгель 1/2 пакета 2 рази на добу, дарсил 1 таблетка 2 рази на добу, цефтрактам 1,0 г в/м, нурофен 1 таблетка при підвищенні

температури тіла понад 37,5 °С. На тлі лікування у пацієнтки утримувалась субфебрильна температура тіла, загальна слабкість, швидка втомлюваність, періодично турбували болі в животі, з'явилась кільцеподібна еритема на гомілкках, стопах, що змусило лікаря запідозрити алергічний дерматит і призначити дитині дексаметазон і лоратадин. Продовжувався діагностичний пошук.

При проведенні досліджень на TORCH-інфекції встановлено наявність у хворої імуноглобулінів класу G до *Toxoplasma gondii* (210,0 МО/мл), цитомегаловірусу (156,1 Од/мл), вірусу простого герпесу 1-го типу (> 8 АІ). В межах вікової норми виявились показники лактатдегідрогенази (201,0 Од/л), феритину (53,1 мг/мл) та альфа-фетопротеїну (3,0 нг/мл).

Серологічне дослідження дозволило виключити такі захворювання, як ехінокоз (*Echinococcus granulosus*, антитіла IgG — негативний результат), опісторхоз (*Opisthorchis felinus*, антитіла сумарні — негативний результат).

Мультидетекторна КТ черевної порожнини, заочеревинного простору (нативне сканування з контрастуванням шлунково-кишкового тракту *per os* розчином тріомбразу) від 14.03.2016 р. стала найважливішим (якщо не вирішальним) діагностичним методом, що виявила такі характеристики, як неоднорідність структури печінки з рівними, чіткими контурами, наявність у правій і лівій частках гіподенсних зон різних розмірів (від 25 мм, 21 мм до 19 мм, 16 мм, 12 мм) щільністю від 41 до 53 од.Н при щільності незміненої паренхіми печінки до 70 од.Н, без чітких контурів, з нерівномірними гідрофільними обідками, нерівномірно підсилену судинну сітку печінки з регіонарними судинами біля гіподенсних зон, діаметр загальної печінкової вени — 9,7 мм, внутрішньо- та позапечінкові жовчні протоки не розширені. В нижніх частках легень виявлено ділянки зниженої пневматизації округлої форми.

Висновок: КТ-картина гіподенсних утворень у печінці та легнях (паразитарне ураження печінки та легень, токсокароз?). Отже, дифузне ураження печінки, іноді селезінки та легень із кільцеподібними утвореннями є патогномонічними ознаками паразитарного ураження внутрішніх органів токсокарозом.

Абсолютним підтвердженням цього діагнозу стало виявлення в сироватці крові хворої антитіл IgG до *Toxocara canis* — 2,839 Од (менше 0,85 Од — негативний результат) з чотирикратним збільшенням їх титру через 10 днів (8,29 Од). При офтальмологічному дослідженні ураження очей не виявлено.

З урахуванням анамнезу захворювання, показників серологічного дослідження, клінічних даних, результатів додаткових методів обстеження (УЗД, КТ) було встановлено діагноз: токсокароз, вісцеральна форма, середньотяжкий перебіг. Одразу після підтвердження діагнозу було прийнято рішення про проведення дегельмінтизації із застосуванням препарату вітчизняного виробництва Альдазол у

дозі 400 мг/добу (10 мг/кг/добу в 2 прийоми). На фоні лікування було отримано стійкий позитивний результат: у першу добу прийому Альдазолу температура тіла нормалізувалась, купірувався больовий синдром, згодом дитина стала активною, покращився апетит, перестав турбувати головний біль, зникло висипання на гомілкках і стопах, нормалізувалося випорожнення.

На другому тижні лікування повністю нормалізувались показники клінічного та біохімічного аналізів крові, відмічена позитивна динаміка при проведенні УЗД печінки. Зважаючи на швидкий позитивний клінічний ефект від застосування Альдазолу, відсутність побічних реакцій, у тому числі з боку печінки, було прийнято рішення про продовження курсу антигельмінтної терапії до 20 днів. Слід зазначити, що пацієнтка, її батьки та медичні працівники, які спостерігали за дитиною, відзначали добру переносимість препарату Альдазол, незважаючи на досить тривалий курс лікування. Через десять днів після закінчення курсу специфічної терапії було проведено біохімічний аналіз крові, згідно з яким усі показники знаходилися в межах вікової норми: АЛТ — 17 Од/л, АСТ — 29,5 Од/л, ГГТ — 14,3 Од/л, ЛФ — 281,7 Од/л, білірубін загальний — 6,8 мкмоль/л, білок загальний — 78,1 г/л, альбумін — 43,18 г/л. Результат серологічного дослідження крові на наявність антитіл IgG до *T.canis* свідчив про зниження їх кількості практично в 4 рази (2,72 проти 8,29 на початку лікування). Значна позитивна динаміка стану печінки через 1 місяць після завершення курсу лікування зареєстрована і при проведенні УЗД: розміри лівої частки печінки — 49 мм, правої — 125 мм. Контур рівний, край гострий. Ехоструктура печінки неоднорідна, II сегмент містить лише одне гіпоехогенне утворення до 8 мм у діаметрі.

Отже, препарат Альдазол слід визнати ефективним протигельмінтним засобом при лікуванні вісцерального токсокарозу в дітей. Після виписки зі

стаціонару пацієнтці рекомендований диспансерний облік щонайменше 6 місяців до отримання двох негативних контрольних результатів імуноферментного аналізу. За потреби — проведення повторних курсів специфічної терапії препаратом Альдазол.

ВИСНОВОК

Наведений клінічний випадок наочно демонструє необхідність ретельного аналізу клініко-анамнестичних, епідеміологічних даних із використанням сучасних методів дослідження (КТ, імуноферментний аналіз) для діагностики вісцерального токсокарозу в дітей. Доведена висока ефективність (покращення загального стану, поступова регресія клінічних симптомів, нормалізація лабораторних показників, зниження титру специфічних антитіл у 4 рази), добра переносимість, відсутність побічних ефектів препарату Альдазол (Київський вітамінний завод), що застосовувався в дозі 10 мг/кг у 2 прийоми впродовж 20 днів для лікування вісцеральної форми токсокарозу у підлітка.

Список літератури

1. Комарницька Л.В. Досвід лікування токсокарозу в дітей / Л.В. Комарницька, Г.П. Сорока, О.В. Пилип'як [та ін.] // Медицина транспорту України. — 2009. — № 1. — С. 76-80.
2. Крамарев С.О. Гельмінтози у дітей // Українська медичинська газета. — 2006. — № 7-8. — С. 31.
3. Майданник В.Г., Хайтович Н.В., Юхименко Г.Г. Гельмінтози у дітей. — К.: Дорадо-Друк, 2012. — 601 с.
4. Усачова О.В. Вісцеральний токсокароз: особливості клінічного перебігу (клінічний випадок) / О.В. Усачова, О.А. Дралова, О.В. Конакова // Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика. — 2013. — № 3. — С. 304-307.
5. Шадрин О.Г. Практические вопросы диагностики и лечения гельминтозов у детей / О.Г. Шадрин, А.А. Ковальчук, С.В. Дюкарева [и др.] // Здоровье ребенка. — 2015. — № 4(64). — С. 7-10.
6. Юхименко Г.Г. Токсокароз у дітей / Г.Г. Юхименко, В.Г. Майданник // Міжнародний журнал педіатрії, акушерства і гінекології. — 2012. — № 1. — С. 124-133.

Отримано 01.08.16 ■

Иванова Л.А., Шевчук Н.М., Гук Л.И.

ГВУЗ Украины «Буковинский государственный медицинский университет», г. Черновцы, Украина

ГКУ «Областная детская клиническая больница», г. Черновцы, Украина

ВИСЦЕРАЛЬНИЙ ТОКСОКАРОЗ У ПОДРОСТКА:

опыт лечения с применением препарата Альдазол (клинический случай)

Резюме. В статье приведено собственное клиническое наблюдение случая висцерального токсокароза у девочки 13 лет, приведены результаты эффективного ле-

чения этого заболевания с использованием препарата Альдазол.

Ключевые слова: токсокароз, дети, Альдазол.

Ivanova L.A., Shevchuk N.M., Guk L.I.

State Higher Educational Institution of Ukraine «Bukovynian State Medical University», Chernivtsi, Ukraine

Municipal Healthcare Institution «Regional Children's Clinical Hospital», Chernivtsi, Ukraine

VISCERAL TOXOCAROSIS IN AN ADOLESCENT:

Experience in the Treatment Using Aldazole (a Clinical Case)

Summary. The article deals with own clinical observation of visceral toxocarosis in a 13-year-old girl, presents the results

of effective treatment of the disease using the drug Aldazole.

Key words: toxocarosis, children, Aldazole.