



ТОКСОКАРОЗ У РЕБЕНКА ВОСЬМИ ЛЕТ

Скоробогатова Е. В., Османов И. М., Харитонов Л. А., Кучеря Т. В., Борзакова С. Н.

ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Москва, Россия)

TOXOCAROSIS IN A CHILD 8 YEARS

Skorobogatova E. V., Osmanov I. M., Kharitonova L. A., Kucheria T. V., Borzakova S. N.

"Russian national research medical University n.a. N. Pirogov" Ministry Of Health Of Russia (Moscow, Russia)

Для цитирования: Скоробогатова Е. В., Османов И. М., Харитонов Л. А., Кучеря Т. В., Борзакова С. Н. Токсокароз у ребенка восьми лет. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2018;149(1): 90–93.

For citation: Skorobogatova EV, Osmanov IM, Kharitonova LA, Kucheria TV, Borzakova SN. Toxocarosis in a child 8 years. Experimental and Clinical Gastroenterology. 2018;149(1): 90–93.

**Скоробогатова
Екатерина Владимировна**
Skorobogatova Ekaterina V.
dgkb-bashlyayevoy@zdrav.mos.ru

Османов Исмаил Магомедович — д.м.н., профессор, главный врач ДГКБ им. З.А. Башляевой; директор Университетской клиники педиатрии; профессор кафедры госпитальной педиатрии им. академика В.А. Таболина; главный детский нефролог Департамента здравоохранения г. Москвы; Почетный профессор Детского госпиталя г. Баффало

Скоробогатова Екатерина Владимировна — к.м.н., заведующая 2-м педиатрическим отделением ДГКБ им. З.А. Башляевой

Харитонов Любовь Алексеевна — д.м.н., профессор, заведующая кафедрой педиатрии с инфекционными болезнями у детей факультета дополнительного профессионального образования

Кучеря Татьяна Викторовна — к.м.н., ассистент кафедры педиатрии с инфекционными болезнями у детей факультета дополнительного профессионального образования

Борзакова Светлана Николаевна — к.м.н., доцент кафедры педиатрии с инфекционными болезнями у детей факультета дополнительного профессионального образования

Резюме

В данной статье приводится клинический пример течения токсокароза под маской заболевания органов пищеварения с частичным поражением легких. Показано, что своевременное назначение противопаразитарного лечения дает возможность полной дегельментизации с восстановлением сфинктерных нарушений, включая каломазание

Ключевые слова: токсокароз, паразитарная инвазия, дети, гепатомегалия, абдоминальные боли, каломазание, гиперэозинофилия, клинический случай

Summary

This article provides a clinical example of the flow Toxocara under the guise of diseases of the digestive system with a partial lesion of the lungs. It is shown that timely administration of antiparasitic treatment gives the possibility of degelmintization with the restoration of the sphincter disorders, including clomazone

Key words: toxocariasis, a parasitic infestation, children, hepatomegaly, abdominal pain, clomazone, hypereosinophilia, clinical case

Диагностика и лечение паразитарных инвазий остается актуальной проблемой педиатрии. Токсокароз – личиночный, хронически протекающий тканевой геогельминтоз, вызываемый миграцией в организме человека личинок гельминтов собак – *Toxocara canis*, реже кошек – *Toxocara mystax*, коровы, буйвола – *Toxocara vitulorum*. Заболевание характеризуется длительным течением с преимущественным поражением внутренних органов и глаз. Болеют люди любого возраста, но значительно чаще дети в возрасте 1–5 лет. Мальчики болеют почти в 2 раза чаще, чем девочки [1].

Клинические проявления токсокароза разнообразны и малоспецифичны. По тяжести инвазия может протекать как бессимптомное носительство и проявляться повышенным содержанием эозинофилов в периферической крови и наличием антител к антигену токсокар в невысоких титрах или в виде клинически выраженных различных по симптоматике и тяжести форм болезни [1, 2].

Различают висцеральную и глазную форму токсокароза. У детей чаще наблюдается висцеральная форма с одновременным поражением легких и печени. Также имеет место субклинический и бессимптомный токсокароз.

Основными клиническими симптомами острой стадии токсокароза являются рецидивирующая лихорадка, полилимфаденопатия, легочный синдром различной степени выраженности, увеличение размеров печени, реже – селезенки, иногда кожные проявления в виде различных высыпаний, локальных отеков, повышенное содержание эозинофилов в периферической крови, гипергаммаглобулинемия [1, 2, 3]. Одним из проявлений инвазии токсокарами является полилимфаденопатия, чаще со значительным увеличением лимфоузлов подчелюстной области, области шеи, ворот печени, селезенки. Могут иметь место эозинофильные панкреатиты, гранулемы прямой кишки и др., сопровождающиеся симптомами пораженного органа. Все вышеизложенное осложняет раннее выявление токсокароза.

Диагностика токсокароза проводится с оценкой эпидемиологического анамнеза, клинических данных обследования больного, а также результатов серологической диагностики.

Для облегчения задачи определения показаний к обследованию на токсокароз в 1978 году L. T. Glickman был предложен диагностический алгоритм ценности признаков висцерального токсокароза в баллах: при сочетании симптомов и признаков на сумму более 12 баллов целесообразно назначение иммунологической диагностики [4, 5].

Иммунодиагностика токсокароза основана на выявлении в сыворотке крови специфических антител или антигенов паразита. Чаще используется определение специфических IgG к антигену *T. canis*. Интенсивность иммунологических тестов ИФА измеряется в титрах или оптической плотности. Диагностическим титром антител является титр 1:800. Более низкие титры 1:200 и 1:400 свидетельствуют об инвазированности. Также в иммунодиагностике токсокароза используется определение специфических антител IgE к антигену *T. canis*. [1, 2, 6, 7, 8].

Рентгенологическое исследование легких проводится всем больным токсокарозом с легочным синдромом. При рентгенологическом исследовании могут выявляться деформация и/или усиление легочного рисунка, перибронхиальная инфильтрация, очаговые мигрирующие инфильтраты, пневмония [1].

В диагностике глазного токсокароза может помочь офтальмологическое обследование с обнаружением личинки в области диска зрительного нерва или в макулярной части.

В данной статье вниманию педиатров предлагается клиническое наблюдение больного с диспепсическими жалобами и эозинофилией на фоне токсокароза.

Больной 3., 8 лет, 12.01.18 поступил в стационар с жалобами на боли в левой половине живота, неустойчивый стул, склонность к запорам, каломазание, влажный кашель по утрам.

Из анамнеза известно, что у ребенка за неделю до поступления отмечалась повторная рвота и неустойчивый стул, температура тела не повышалась, боли в животе, кашель беспокоят в течение месяца, с 7 лет есть склонность к запорам. Мама самостоятельно давала сорбенты без положительного эффекта. Боли в животе сохранялись, появилось каломазание, в связи с чем обратились к педиатру по месту жительства. При обследовании в гемограмме обнаружен лейкоцитоз до 35 тыс, эозинофилия – 35 %. В связи с сохраняющимися жалобами на боли в животе, лейкоцитарной реакцией ребенок направлен на госпитализацию с диагнозом: Мезаденит. В приемном отделении ДГКБ им. З.А. Башляевой ребенок осмотрен хирургом – данных за острую хирургическую патологию не выявлено. Ребенок госпитализирован в педиатрическое отделение с диагнозом: Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта. Хронический запор. Каломазание.

Эпидемиологический анамнез: летом отдыхал в деревне у бабушки, в доме была собака, дегельминтизация животного не проводилась.

Анамнез жизни: родители здоровы. Мальчик от второй беременности, первых срочных родов.

Беременность протекала без осложнений. Масса тела при рождении – 3200 г, длина – 50 см, выписан на четвертые сутки. На грудном вскармливании до 10 месяцев, далее вскармливание искусственное.

Вакцинирован против гепатита, вакциной БЦЖ в роддоме. Далее – отказ от прививок. Перенесенные заболевания: ОРВИ. Аллергический анамнез неотягощен. На диспансерном учете у специалистов не состоит.

Данные объективного обследования: Т 36,8 С. ЧСС – 86 в мин, ЧДД – 21 в мин. Вес 28 кг. Рост 126 см. Состояние ребенка средней степени тяжести. Физическое развитие среднее, гармоничное. Кожные покровы бледные, эластичность снижена, пастозность лица, конечностей, тургор кожи снижен. Видимые слизистые чистые, бледно-розовые, влажные. Периферические лимфатические узлы пальпируются по основным группам, пальпация безболезненная, не увеличены. Носовое дыхание свободное, отделяемого нет. Дыхание в легких жесткое, равномерно проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Сердечные тоны

громкие, ритмичные. Пищеварительная система: язык влажный, обложен налетом белого цвета у корня. Живот значительно увеличен в размерах, вздут, симметричный, участвует в акте дыхания, доступен глубокой пальпации, безболезненный во всех отделах. Печень увеличена до +2 см края реберной дуги, край ровный, эластичный. Селезенка не пальпируется. Стул оформленный, без патологических примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Наружные половые органы развиты и сформированы правильно. Нервная система: в сознании, активный, на осмотр реагирует адекватно, на вопросы отвечает. Менингеальных симптомов нет.

Результаты обследования:

Динамика показателей
гемограммы

Дата	Эритро- 10 ¹² /л	Гемогл., г/л	Лейк. 10 ⁹ /л	Тромб. 10 ⁹ /л	Нейтроф. %	Эоз,%	Лифм,%	Мон, %	СОЭ, мм/ час
12.01.18	4.76	139	26.3	284	41	34	20	5	9
15.01.18	5.35	151	15.8	217	37	32	27	3	2
18.01.18	5.32	148	10.6	229	35	21	41	3	2
23.01.18	5.33	148	9.2	302	41	16	30	10	-

Анализ мочи общий, биохимический анализ крови общий – без патологических отклонений.

Анализ кала копрологический – умеренная стеаторея 2 типа.

Анализ кала на антиген лямблий – не обнаружен.

Посев кала на бактерии кишечной группы – роста нет.

РПГА с сальмонеллезным, шигеллезным, псевдотуберкулезным, кишечногоерсинеозным диагностикумами – отрицательно.

Анализ кала на яйца глист и простейшие трехкратно – яйца глист и простейшие не обнаружены.

Соскоб на энтеробиоз – отрицательный.

Кровь на общий IgE – 2196 МЕ/мл (норма 10–90 МЕ/мл)

IgM – 0,606 г/л (норма 0.702–2.838г/л)

IgG – 8.21 г/л (норма 5,13–15,12 г/л)

IgA – 1,03 г/л (норма 0,572–2,556 г/л)

Для проведения серологического анализа на токсокароз была произведена оценка клинических признаков висцерального токсокароза в баллах (по L.T. Glickman, 1978): сумма баллов 17.

Серологическая диагностика
паразитозов

Параметр	Результат	Норма
Токсокара Ig G (скрин.)	5,44	Отр. < 0,86 пол.>1,0
Токсокара Ig G	1:800	
Трихинелла Ig G (скрин.)	0,35	Отр. < 0,86 пол.>1,0
Эхинококк Ig G (скрин.)	0,29	Отр. < 0,86 пол.>1,0
Аскарида Ig G	0,66	Отр. < 0,86 пол.>1,0
Лямблии антитела	0,26	Отр. < 0,86 пол.>1,0
Описторх Ig G (скрин.)	0,34	Отр. < 0,86 пол.>1,0
Лямблии Ig M	0,57	Отр. < 0,86 пол.>1,0
Анизакида Ig G	0,41	Отр. < 0,86 пол.>1,0

На рентгенограмме грудной клетки в прямой проекции: очаговых и инфильтративных теней в проекции легких нет. Легочный рисунок обогащен за счет сосудистого компонента. Правый корень малоструктурен, левый не виден за тенью сердца.

На УЗИ брюшной полости эхопризнаки гепатомегалии, выраженного метеоризма, динамических нарушений кишечника.

На эзофагогастродуоденоскопии обнаружены признаки дуоденита:

Слизистая луковицы с утолщенными складками, розового цвета.

В постбульбарных отделах – утолщены складки, слизистая рыхлая, отечная, единичные высыпания по типу «манной крупы».

ЭКГ: ЧСС 77–94 в мин. Синусовая аритмия. Нормальное положение электрической оси сердца. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

На основании жалоб, анамнеза, осмотра, результатов лабораторных и инструментальных методов обследования был сформулирован следующий диагноз: Токсокароз, субклиническая форма.

Сопутствующий диагноз. Дуоденит. Каломазание.

Больной получил следующее лечение:

диета № 5,

После получения положительных диагностических титров на токсокароз, назначен альбендазол из расчета 10Мг/кг в сутки курсом на 14 дней.

На фоне проводимой терапии отмечалась положительная динамика: боли в животе, явления метеоризма купировались, размеры живота нормализовались, каломазание полностью прекратилось

на 4-й день терапии; уровень эозинофилов по гемограмме с выраженной тенденцией к нормализации. При выписке больному рекомендовано:

- Продолжить терапию противопаразитарной терапии согласно ранее назначенной схеме;
- экстракт артишока по 1 таблетке 3 раза в день за 30 минут до еды –2 недели

При сохранении эозинофилии и диагностических титров антител к токсокарам, рассмотреть вопрос о необходимости повторных курсов противогельминтной терапии.

2. Контроль эффективности проводимой терапии:
 - общий анализ крови через 1 месяц

- анализ крови на антитела к токсокарам через 1 месяц

3. Наблюдение педиатра, инфекциониста по месту жительства в течение года с контролем уровня антител к токсокарам 1 раз в 3 месяца.

Выводы

Данный пример демонстрирует:

1. Токсокароз может протекать под маской поражения органов пищеварения и легких, что диктует необходимость обследования всех детей с гастроинтестинальной патологией и дыхательных путей на паразитозы, в том числе внекишечные.
2. Обнаружение эозинофилии по гемограмме требует исключения паразитоза.
3. Диагностика токсокароза должна основываться на комплексном обследовании больного с применением нескольких методов лабораторной диагностики паразитоза.
4. Своевременное назначение противопаразитарного лечения дает возможность полной дегельминтизации с восстановлением сфинктерных нарушений, включая каломазание.

Литература

1. Токсокароз. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика. // Информационно-методическое пособие – Новосибирск, 2004. С. 48.
2. Чернова Т. М. Проблема гельминтозов в педиатрии. Токсокароз. Что делать? Медицинский совет. 2015. № 14. С. 73–76
3. Германенко И. Г., Сергиенко Н. Е., Зайцева Л. И., Лисицкая Т. И. // Токсокароз у детей: клинко-лабораторные особенности // Медицинская панорама. 2009. № 7. С. 61–64.
4. Холоднык Г. Е. // Клинико-лабораторные проявления токсокароза у детей в условиях комплексной терапии. // Вестник новых медицинских технологий. Тульский государственный университет. 2008. Том 15. № 2. С. 61–62.
5. Carvalho A., Rocha R. (2017) Toxocariasis in Brazilian Children: A Case-Control Stud <http://jscimedcentral.com/ClinicalCytology/clinicalcytology-3-1068.pdf>
6. Пискун Т. А., Якимович Н. И. // Клиника, диагностика и лечение токсокароза у детей // Материалы городской научно-практической конференции, посвященной 20-летию УЗ «ГДИКБ». – 2007. – с. 67–72
7. Зарянкина А. И., Шкарубо М. А. // Токсокароз у детей. // Тезисы VII Конгресса педиатров стран СНГ «Ребенок и общество: проблемы здоровья, развития и питания. 2015. С. 37
8. Figueiredo SD, Taddei JA, Menezes JJ, Novo NF, Silva EO, Cristóvão HL, Cury MC. J Pediatr (Rio J). 2005 Mar-Apr;81(2):126–32. Portuguese. PMID: 15858673. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15858673>

Reference

1. Toksokaroz. Klinika. Diagnostika. Lechenie. Profilaktika [Toxocarosis. Clinic. Diagnostics. Treatment. Prevention]. Informatsionno-metodicheskoe posobie. Novosibirsk, 2004. 48 p.
2. Chernova T. M. Problema gel'mintozov v pediatrii. Toksokaroz. Chto delat' [Problem of helminthiasis in pediatrics. Toxocarosis. What to do?]. Meditsinskii sovet. 2015;14:73–76
3. Germanenko I. G., Sergienko N. E., Zaitseva L. I., Lisitskaya T. I. Toksokaroz u detei: kliniko-laboratornye osobennosti. Meditsinskaya panorama. 2009;7:61–64.
4. Kholodnyak G. E. Kliniko-laboratonye proyavleniya toksokaroza u detei v usloviyakh kompleksnoi terapii. Tula.: Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologii. 2008;15(2):61–62.
5. Carvalho A., Rocha R. (2017) Toxocariasis in Brazilian Children: A Case-Control Stud <http://jscimedcentral.com/ClinicalCytology/clinicalcytology-3-1068.pdf> (Accessed 05 January 2018)
6. Piskun T. A., Yakimovich N. I. Klinika, diagnostika i lechenie toksokaroza u detei [Clinic, diagnostics and treatment of toxocariasis in children]. Materialy gorodskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii, posvyashchennoi 20-letiyu UZ «GDIKB» [Proc. of the city scientific-practical conference dedicated to the 20th anniversary of Minsk GDIKB]. 2007. p. 67–72
7. Zaryankina A. I., Shkarubo M. A. Toxocarosis in children. Proc. VIIth Congress of pediatricians of the CIS countries "Child and society: problems of health, development and nutrition. 2015, p. 37
8. Figueiredo SD, Taddei JA, Menezes JJ, Novo NF, Silva EO, Cristovao HL, Cury MC. J Pediatr (Rio J). 2005 Mar-Apr;81(2):126–32. Portuguese. PMID: 15858673. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15858673>