

ДИАГНОСТИКА ТОКСОКАРОЗА У ДЕТЕЙ

Коноплина Л.М., Кулыгина Е.Н., Текутьева Е.П., Валова Г.Д., Гридяева И.Д., Мореплавцева И.Б., Чвикалова М.В., Корпусова Т.А.

Воронежская ГМА им. Н.Н. Бурденко, кафедра детских инфекционных болезней, ГУЗ ОДКБ №2, г. Воронеж

Диагностика токсокароза затруднительна ввиду полиморфизма и малоспецифичности клинической симптоматики.

Нами проанализированы истории болезни 58 больных с висцеральной 57(98%) и глазной 1(2%) формами токсокароза, лечившихся в ОДКБ №2 г. Воронежа с 2000 по 2006гг. Заболевание диагностировано у 40(69%) детей проживающих в сельской местности, чаще у мальчиков-45(78%) в возрасте от 3 до 6 лет 22(38%). Значительная часть детей были склонны к геофагии, имели контакты с собаками и не обладали гигиеническими навыками. В трех случаях одновременно в семье болели двое детей. Показательно, что у 12(21%) детей бронхиальная астма, у 15(26%) частые ОРВИ, у 9(16%) частые бронхиты, у 1(2%) пневмония, у 4(7%) гастропатология, у 19(33%) аллергические проявления в виде различных высыпаний, чаще пятнисто-папулезного характера, ринитов, отека Квинке. Все дети направлялись на лечение с диагнозом токсокароз или токсокароз под вопросом, причем 1/3 детей поступали из соматических стационаров пульмонологических отделений. В клинической картине висцеральной формы ведущими являлись: бронхолегочный синдром – 28(48%) (с катаральными явлениями, кашлем, одышкой, обструкцией дыхательных путей, при аускультации - жесткое дыхание и сухие хрипы, на рентгенограмме грудной клетки - расширение корней легких за счет реакции интерстиция, картина острого бронхита, обструктивного бронхита или сегментарного отека); гепатомегалия – 29(50%), подтвержденная данными УЗИ; диспепсические симптомы – 8(14%) (тошнота, боли в животе, неустойчивый стул); лимфаденопатия – 11(19%) (чаще увеличивались подчелюстные, передне- и заднешейные лимфоузлы); изменения со стороны кожи – 13(22%) (шелушение кожи, полиморфная сыпь, сопровождающаяся зудом, сухая себорея); у 7(12%) выслушивался систолический шум на верхушке сердца. Эти проявления регистрировались как изолированно, так и в сочетании. При глазной форме отмечались снижение остроты зрения, поражение зрительного нерва и хориоретинит. Наиболее типичным изменением лабораторных показателей была эозинофилия в периферической крови – у 31(53%) детей, относительный уровень которой составлял от 7% и достигал 72%. У 20(34%) детей отмечался лейкоцитоз, у 16(28%) ускорение СОЭ, у 4(7%) - анемия. В биохимическом анализе крови у 7(12%) детей наблюдалось повышение активности аминотрансфераз от 2 до 5 норм. Уровень общего Ig E определялся 16(28%) детям с наиболее выраженными атопическими проявлениями, он повышался от 148,5 до 902 МЕ/мл (N=87 МЕ/мл). Всем детям проводилось определение специфических Ig класса G к антигенам токсокар методом ИФА, титр варьировал от 1: 400 до 1: 25600. Наши наблюдения показали, что более высокая эозинофилия соответствовала более высокому показателю титра антител. При постановке диагноза следует учитывать, что токсокароз протекает циклически с рецидивами и ремиссиями, в связи с чем, возможны значительные колебания клинических, гематологических и иммунологических показателей у одного и того же больного. Так у 19% детей при улучшении клинических данных оставались повышенными уровень эозинофилии и титр специфических антител. Эти дети требовали дальнейшего наблюдения и повторного курса лечения.

Таким образом, для постановки диагноза токсокароза необходимо учесть данные эпидемиологического анамнеза, особенности клинической картины и результаты дополнительных методов обследований представленных выше. Полученные нами данные позволяют нам рекомендовать следующий объем обследований: общий анализ мочи; общий анализ крови с определением уровня гемоглобина, эозинофилов, лейкоцитов, СОЭ; биохимический анализ крови, с определением активности аминотрансфераз, билирубина, тимоловой пробы, белковых фракций, амилазы, глюкозы; анализ кала на яйца глистов; соскоб на энтеробиоз; определение уровня общего Ig E и специфических IgE-антител в сыворотке крови; определение специфических противотоксокарозных IgG-антител методом ИФА с применением экскреторно-секреторного антигена T. Canis. Кроме того, всем больным необходимы рентгенография грудной клетки; УЗИ органов брюшной полости; консультации окулиста, невролога.