



По данным анамнеза субъективные проявления гельминтозов отмечены у 85% больных. Клиническими признаками аскаридоза с энтеробиозом явились: диспепсический (73,7%), болевой-абдоминальный (56%), астено-невротический (41,4%) и кожно - аллергический (72,4%) синдромы.

Основными жалобами были боли в животе, в эпигастральной области, проявление аллергии, тошноты, общей слабости, периодических головных болей и головокружения (табл. 2).

Клинические проявления у детей были неоднородными. Наиболее частыми из них были проявления аллергии и дисфункция желудочно - кишечного тракта.

Аллергия наблюдалась у 110 (72,4%) детей, в том числе атопический дерматит - у 68 (44,7%), проявления со стороны слизистых оболочек ротовой полости («географический» язык) - у 10 (6,6%), аллергический конъюнктивит - у 3 (2%). У 60 (39,5%) детей отмечалась сухость и шелушение кожи. На зуд в перианальной области жаловался 71 (46,7%) ребёнок.

ТАБЛИЦА 2. ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОГО СИМПТОМОКОМПЛЕКСА У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С ПОЛИИНВАЗИЯМИ (АСКАРИДОЗ + ЭНТЕРОБИОЗ) (N=152)

Клинические симптомы	Частота симптомов					
	АБС	М	Д	%	М	Д
Астено-невротический синдром	63	31	32	41,4	49,2	50,8
Слабость, утомляемость	54	30	24	35,5	19,7	15,8
Раздражительность	40	18	22	26,3	11,8	14,5
Головная боль	52	18	34	34,2	11,8	22,4
Головокружение	27	12	15	17,8	7,9	9,9
Расстройства сна	101	45	56	66,4	29,6	38,4
Патологическое привычное действие	20	8	12	13,2	5,3	7,9
Диспепсический синдром	112	60	52	73,7	53,6	46,4
Урчание и вздутие живота	27	12	15	17,8	7,9	9,9
Неустойчивый стул	61	31	30	40,1	20,4	19,7
Запор	51	31	20	33,5	20,4	13,2
Жидкий стул	40	18	22	26,3	11,8	14,5
Тошнота	28	10	18	18,4	6,6	11,8
Рвота	6	2	4	3,9	1,3	2,6
Снижение аппетита	81	35	46	53,3	23	30,3
Болевой абдоминальный синдром	84	44	40	56	52,4	47,6
Летучие боли	55	26	29	36,2	17,1	19,1
Боли вокруг пупка	82	40	42	55,9	26,3	27,6
Боли в эпигастральной области	37	17	20	24,3	11,2	13,1
Боли в правом подреберье	8	3	5	5,3	2	3,3
Боли внизу живота	16	6	10	10,5	3,9	6,6
Кожно-аллергический синдром	110	58	52,8	72,4	52	47,2
Аллергический дерматит	68	38	30	44,7	25	19,7
Аллергический конъюнктивит	3	1	2	2	0,7	1,3
Высыпание на коже	15	6	9	9,8	3,9	5,9
Сухость кожи	60	32	28	39,5	21,1	18,4
Анальный зуд	71	25	46	46,7	16,4	30,3
Эозинофилия	84	40	44	55,3	26,3	30



Нарушения функции желудочно-кишечного тракта имели место у 112 (73,7%) детей. Среди проявлений дисфункции пищеварительного тракта были неустойчивый и непереваренный стул, примесь слизи или «зелени» в каловых массах - у 61 (40,1%); запоры или склонность к запорам - у 51 (33,5%). Метеоризм, проявляющийся повышенным газообразованием, вздутием живота, урчанием, отрыжками, наблюдался у 27 (17,8 %) детей; тошнота - у 28 (18,4%); рвота - у 6 (3,9%) больных.

У 81 (53,3%) ребёнка имело место нарушение аппетита, который чаще был сниженным или избирательным (36%); реже - повышенным (у 24 детей).

Нарушения ночного сна наблюдались у 101 (66,4%) ребёнка. У 20 (13,2%) детей отмечался бруксизм. У 71 (46,7%) ребёнка встречался зуд в перианальной области, что регистрировалось как на основании наблюдений родителей, так и по наличию гиперемии и перианальной эскориации в момент осмотра ребёнка.

Наличие болевого абдоминального синдрома учитывалось нами только у детей, которые по возрасту могли пожаловаться на боли в животе. Как правило, это были дети раннего возраста. Из общего количества детей основной группы таких было (40%) человек, из них у (36%) отмечались, так называемые, «летучие боли», которые возникали независимо от приёма пищи, периодически, как правило, без конкретной локализации или локализованные вокруг пупка (в параумбиликальной зоне), такие боли исчезали без использования медикаментов или на фоне приёма сорбентов, спазмолитиков. У (5,3%) детей боли в животе носили постоянный характер и часто были связаны с приёмом пищи, были интенсивными, часто требовали медикаментозного лечения и госпитализации для исключения острой хирургической патологии.

Отставание в физическом развитии, недостаточная прибавка массы тела или снижение её в течение какого-то периода времени отмечались у 20 (13,2%) детей. Появление бледности кожных покровов наблюдалось у 14 детей, неприятный запах изо рта - у 16 (10,5%), повышенная утомляемость - у 27 (17,8%), эмоциональная лабильность - у 8, гиперсаливация - у 6, проявления гиповитаминоза - у 10 детей.

Патологических изменений функционального состояния органов дыхания и кровообращения у больных не зарегистрировано.

В периферической крови концентрация гемоглобина была ниже нормы у 48 (45%) больных.

Во всех группах и у наблюдаемых больных в целом при наличии остриц в сочетанных инвазиях показатели концентрации гемоглобина были ниже, чем у больных непоражённых ими. Число лейкоцитов в периферической крови у 80 (53%) больных было в пределах нормы, у 41 (27%) - зарегистрирован умеренный лейкоцитоз, у 6 (4%) - лейкопения. Число нейтрофильных лейкоцитов и моноцитов в процентном и абсолютном выражении у больных находилось в пределах нормальных величин. Эозинофилия в крови зарегистрирована у 55,3% больных, причём у 36% из них количество эозинофилов превышало $0,6 \cdot 10^9/\text{л}$ или 10% от общего числа лейкоцитов.

Количество лимфоцитов у 92% больных было нормальным, у 6% - повышено, у 2% - понижено. Биохимические исследования сыворотки крови, проведённые у 32 больных, не показали отклонений от нормы исследованных показателей.

ТАКИМ ОБРАЗОМ, при полигельминтозах на современном этапе чаще отмечаются, такие клинические проявления, как аллергические реакции и болезни (71,3%), функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта (73,7%), абдоминальные боли (40%), нарушения ночного сна (66,4%) и аппетита (53,3%).

У детей, страдавших сочетанной глистной инвазией, по сравнению с детьми, инвазированными только одним гельминтом, имелась тенденция к более высокой частоте аллергических болезней, нарушению сна и аппетита.



ЛИТЕРАТУРА

1. Романенко Н.А. Проблемные территории и паразитарные болезни/ Н.А.Романенко. В.В. Евдокимов. - М., 2004. – 320с.
2. Копанев Ю.А. Клиническая картина аскаридоза и энтеробиоза у детей на современном этапе/ Ю.А Копанев// - Лечащий врач. - 2001. - №56.-С.12-14
3. Куропатенко М.В. Распространение энтеробиоза, аскаридоза и лямблиоза у детей, больных брон-
4. Каримов С.С. Поражённость детей гельминтами в Республике Таджикистан/ С.С Каримов, М.Х. Бобиева// - Матер. научно-прак. конфер. с межд. участ. Таджикского НИИ проф. медицины /Душанбе. -2006. - С. 160-164
5. Запруднов А.М. Гельминтозы у детей /А.М.Запруднов, С.И.Сальникова, Л.Н.Мазанкова. – М., 2002.-125с.

Summary

Clinical features of intestinal multiple helminthiasis in children

M.S. Talabov

Clinical and laboratory data of 174 children with multiple helminthiasis (ascariasis + enterobiasis - 152, ascariasis trichuriasis – 14, enterobiasis+ trichuriasis - 8) between the ages of 2 to 15 years were analyzed. The results showed that multiple helminthiasis in children characterized by severe allergic reactions and diseases (71,3%), functional disorders of the gastrointestinal tract (73,7%), abdominal pain (40%), sleeplessness (66.4%) and disturbances of appetite (53.3%).

Key words: multiple helminthiasis in children, intestinal nematodosis

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

М.С. Талабов - зав. кафедрой инфекционных болезней
Республиканского медицинского колледжа МЗ РТ;
Таджикистан, г.Душанбе, пр.Рудаки, 135
E-mail: m.talabov@mail.ru



Узелковый периартериит у детей

Б.М. Хайдаров, З.А. Мухитдинова, Н.М. Курбанов, Ф.А. Мухаммаднабиева, Т. К. Артыкова

Кафедра детских болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В статье проанализированы клинические проявления, результаты дополнительных методов исследования и лечения 9 детей с узелковым периартериитом. Авторами выделены кожный, тромбангиитический, неврологический, кардиальный, абдоминальный и почечный синдромы, доказана эффективность гормональной и цитостатической терапии, а также средств, улучшающих гемодинамику.

Ключевые слова: узелковый периартериит, гормональная и цитостатическая терапия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Узелковый периартериит (УП) относится к системным формам васкулитов и характеризуется поражением периферических и висцеральных артерий, преимущественно мелкого и среднего калибра [1-3,5]. Он возникает чаще на фоне повышенной реактивности организма детей (экссудативный катаральный диатез, аллергия) и наследственной предрасположенности (гипертоническая болезнь и эндартериит у родственников). Эндogenous и экзогенные факторы (лекарства, вакцины, вирус гепатита В, ОРВИ) вызывают гиперергические реакции с образованием иммунных комплексов с вирусным антигеном или лекарственным гаптеном, антител к стенке сосудов, увеличением IgM, G, E, изменением соотношения Т- и В-лимфоцитов, гемокоагуляционными сдвигами, некрозом стенок артерий и периваскулярной инфильтрацией. Типичны васкулиты мелких и средних артерий с образованием тромбов, узловатых утолщений из-за аневризмозов, дистрофические изменения в органах. Различают острую, подострую и хроническую форму УП с преимущественным поражением периферических сосудов или преимущественным поражением внутренних органов [1-3]. В ряде случаев диагностика УП у детей сложна, чему способствуют редкость, полиморфная его клиника и недостаточная осведомленность врачей. Это и определяло актуальность данной проблемы.

ЦЕЛЬ: разработать диагностические критерии узелкового периартериита у детей и тактику его терапии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Под наблюдением с 2004 по 2011 год находилось 9 детей в возрасте от 4 до 14 лет с УП. Мальчиков было 6, девочек – 3, что подтверждает мнение о преимущественном поражении УП лиц мужского пола [1-3,5]. У 6 детей отмечалась преимущественно висцеральная, у 3 – периферическая форма болезни. Острое течение имело место у пяти больных, подострое – у 2-х и хроническое – у 2-х детей. Всем больным наряду с общеклиническим обследованием проводились ЭКГ, доплер сосудов, иммунологическое и ультразвуковое исследование

сердца, почек а также рентгенография органов грудной клетки. Состояние гемостаза оценивалось на основании результатов коагулограммы.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Клиника УП была полиморфной и зависела, прежде всего, от преимущественного поражения периферических сосудов или висцеральных сосудов и течения процесса. В начале отмечались общие симптомы, а через несколько месяцев появлялись типичные его синдромы без определённой последовательности с различными вариантами их сочетания. С учётом этого приводим клинические проявления этой болезни.

Острое течение наблюдалось у 5 детей и характеризовалось коротким начальным периодом и быстрой генерализацией. С первых дней состояния было тяжёлым, отмечались - высокая температура с ежедневным её подъёмом до 38о – 39оС до нескольких часов с продолжительностью от 6 недель до 2 месяцев, профузный пот и снижение веса. Поэтому в начальных стадиях у них подозревались различные инфекции (бруцеллёз, брюшной тиф), острый лейкоз, коллагенозы и субсепсис Вислера-Фанкони. Лишь в последующем возникали разлитые боли в суставах, мышцах и животе, а также типичные синдромы болезни. При преимущественном поражении сосудов появлялись кожный и тромбангиитический синдромы, при преимущественном поражении внутренних органов – церебральные кризы, полиневрит, кардиальный и абдоминальный синдромы. Активность процесса сохранялась от 2 до 3 месяцев и более.

Подострое течение имело место у 2-х детей и характеризовалось преимущественным поражением внутренних органов. В течение нескольких месяцев наблюдались субфебрилитет, иногда с периодическим повышением температуры до высоких цифр, анорексия, артралгии, головные боли, похудание. Затем у одного из них остро развился церебральный сосудистый криз, у другого - абдоминальный синдром, пневмонит, плеврит, кардит и вялый парепарез ног. Генерализация наступала через 3 - 4 месяца. Ак-