



УДК: 616.915 – 08.001.18

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КОРУ У ДІТЕЙ У ПОЄДНАННІ З ГЛИСТНОЮ ІНВАЗІЄЮ

В. М. Поляк – Товт

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Обласна клінічна інфекційна лікарня
м. Ужгород*

Вступ

Гельмінтози – найпоширеніші паразитарні захворювання людини, що виникають внаслідок складних взаємовідносин між високоорганізованими багатоклітинними паразитами (гельмінтами) та макроорганізмом [6]. Нині відомо близько 300 видів гельмінтів, які можуть спричинювати та ускладнювати перебіг основного захворювання у людини [3].

За даними ВООЗ, паразитарними захворюваннями в світі уражено близько 4,5 млн осіб. Кожен житель планети один раз, а скоріше декілька разів, був інвазований. Так, лише аскаридозом уражено понад 1,5 млрд. жителів планети, анкілостомідозом – 900 млн. осіб, трихоцефальозом – 500 млн. осіб [3]. В Європі на гельмінтози страждає кожна третя людина. У Росії щорічно офіційно реєструють близько 2 млн. даного захворювання [4]. Згідно з даними офіційної статистики, в Україні реєструють 300-400 тис. випадків гельмінтозів щороку, із них 80% складають дітей. За результатами багатьох епідеміологічних досліджень, рівень захворюваності гельмінтозами населення України щороку становить 2 млн випадків [2,7]. Навіть при недосконалій системі обліку, щорічно рівень захворюваності на гельмінтози населення України сягає 1333 випадки на 100 тис. населення. Захворюваність ентеробіозу в країні складає 1100 випадків на 100 000 населення. Серед хворих 70% складають жителі міст, з них 90% – дитяче населення. Захворюваність аскаридозом становить 100 випадків на 100 000 населення, з них 60% – жителі міст, 65% – дитячий контингент. Питома вага ентеробіозу серед населення держави в сумі всіх гельмінтозів складає 75-70%, аскаридозу – 15-18%, трихоцефальозу – 4-6% [5]. Найвищий рівень ентеробіозу є серед організованого дитячого контингенту, зокрема учнів молодших класів. Гельмінтозами страждають всі без винятку вікові групи. Доведе-

но, що діти частіше заражаються гельмінтозами, попри відсутність у них повноцінних гігієнічних навичок, а деякі дослідження доводять більшу сприйнятливість дитячого організму до розвитку гельмінтозу, оскільки попадання яєць чи цист гельмінтів в організм людини не у всіх випадках призводить до розвитку того чи іншого гельмінтозу. Крім того, у порівнянні з дорослими прояви гельмінтозу у дітей мають більш виражений, бурхливий перебіг, з більшою кількістю скарг [1]. Незважаючи на «прихильність» до теплого і вологого клімату, гельмінти поширені повсюдно, є навіть стійкі до низьких температур. Гельмінтози однозначно частіше трапляються в країнах з нерозвиненою економікою і поганим фінансуванням медико-соціальних програм. Кожен житель Африки носить в собі два види гельмінтів, кожен житель Азії – одного. Але навіть у США, що мають досконалою системою охорони здоров'я, ентеробіоз, захворювання, обумовлене ще одним видом нематод - гостриками, вражає 5-15% населення [6].

На думку експертів ВООЗ, гельмінтози в сучасних умовах стали певною мірою «забутими хворобами»: в усьому світі спостерігають тенденцію до недооцінки їх медико-соціального значення. Навіть в ендемічних районах клініцисти й епідеміологи приділяють їм недостатньо уваги. Ураження дитячого населення, хронічний перебіг багатьох гельмінтозів, інвалідизація і летальність – ось далеко неповний перелік негативного впливу інвазій. Багато паразитів не розпізнаються, а порушення стану здоров'я не трактується як такий, що спричинений певними видами гельмінтів. У таких випадках не призначається адекватна терапія, що призводить до погіршення перебігу і прогнозу хвороби. Гельмінтози часто є останнім пунктом у ланцюзі диференційно-діагностичного мислення лікаря [4].



Актуальність проблеми гельмінтозів зумовлена передусім значною поширеністю, вираженим негативним впливом на організм людини, поліморфізмом клінічних проявів, який утруднює диференційну діагностику та ускладнює перебіг основного захворювання, відсутністю стерильного імунітету та специфічних методів профілактики.

Мета дослідження

Вивчення клініко-епідеміологічних особливостей гельмінтозів як асоційованої патології у дітей у Закарпатській області, які знаходились на стаціонарному лікуванні в обласній клінічній інфекційній лікарні протягом 2012 року з діагнозом кір.

Матеріали і методи дослідження

Об'єктом дослідження були 96 дітей, хворих з діагнозом кір у поєднанні з глистною інвазією, що знаходились на лікуванні в інфекційному дитячому відділенні обласної клінічної інфекційної лікарні м. Ужгород протягом 2012 року.

При аналізі групи дітей було виявлено: дітей з аскаридозом – 41 (42,7%), з трихоцефальозом – 19 (19,8%), дітей із поєднаною глистною інвазією – аскаридозом та трихоцефальозом – 36 (37,5%).

За гендерною структурою: хлопчиків – 43 (44,8%), дівчаток – 53 (55,2%). До одного року життя 2 (2,1%), від 1 до 2 років – 20 (20,8%), від 2 до 3 років – 13 (13,5%), від 3-4 років – 11 (11,5%), більше чотирьох років – 50 (52,1%).

Протягом перших 5 днів захворювання було госпіталізовано 64 (66,7%) дітей, через 5 днів від початку хвороби – 32 (33,3%). Усім дітям було проведено комплексне клініко-анамнестичне обстеження. Лабораторні методи діагностики включали проведення загального аналізу крові з формулою, загального аналізу сечі, амілази крові, біохімії крові та електролітів, проводилося бактеріологічне дослідження калу на ентеропатогенну та умовно-патогенну флору, копрологічне дослідження калу, посів з н/з на бак. флору та стафілокок, також проводилося ультразвукове обстеження органів черевної порожнини, рентгенологічне обстеження органів грудної клітки.

Результати досліджень

В калі на яйця глист було виявлено – у 41 (42,7%) дітей яйця аскарид, у 19 (19,8%) дітей – яйця волосоголовців, у 36 (37,5%) дітей – яйця аскарид та волосоголовців.

Клінічний аналіз показав, що для 22,3% дітей був гострий початок захворювання, в зв'язку з чим 22 дитини поступили у стаціонар протягом перших чотирьох днів. Переважна кількість дітей – 52 (54,2%) поступили у важкому стані, 41 дитина (42,7%) – у середньому стані важкості, 3 дитини (3,1%) – у легкому стані. При госпіталізації у 96 (100%) дітей відзначалися підвищення температури, яка складала в середньому 38,5° та тривала 3,6 дні. Відзначалися виражені катаральні прояви (кашель (100%), нежить (81,2%), кон'юнктивіт (13,5%), світлобоязнь (16,7%)), головний біль (7,3%), загальна слабкість і зниження апетиту (100%), порушення сну (84%), задишка (6,25%). Диспептичні прояви у вигляді нудоти, блювання спостерігались у 12 (12,5%) дітей, рідкі випорожнення без патологічних домішок у 17 (17,7%) дітей, 12 (12,5%) дітей скаржилися на болі в животі.

Жорстке дихання при аускультивному дослідженні в легенях спостерігалось у більшості хворих. У 5 пацієнтів (5,2%) рентгенологічно була підтверджена двобічна пневмонія, у 9 хворих (9,3%) – однібічна пневмонія, у 12 (12,5%) – бронхіоліт. У 38 (39,6%) дітей ідентифікований гострий простий бронхіт та у 2 (2%) дітей кір був ускладнений обструктивним бронхітом та ексудативним плевритом.

При посіві з н/з на бактерійну флору у 5 дітей (5,2%) було висіяно *Str. Pneumoniae* та *St. Aureus*. У 9 (9,3%) дітей був афтозний стоматит. При посіві кала на патологічну флору у 4 (4,2%) було виявлено *St. Aureus* та у 7 (7,3%) – *Proteus*.

Під час ультразвукового обстеження органів черевної порожнини у 13 (25,4%) дітей було виявлено збільшення печінки на 1-2 см., у 28 (54,9%) дітей спостерігалось збільшення на 2 см, підвищенням ехогенності паренхіми печінки виявлено у 13 (25,4%) дітей, зниження ехогенності – у 25 (49%) дітей, у 28 (54,9%) дітей відзначалось збільшення селезінки, у дітей 12 (23,5%) – реактивні зміни підшлункової залози із зниженням ехогенності паренхіми та збільшенням залози в розмірі.

При лабораторному дослідженні лейкоцитоз виявлено у 39 дітей (33,3%), зростання ШОЕ у 47 дітей (49%), еозинофілія у 16 дітей (16,6%). За даними дослідження аналізу крові у 8 хворим встановлено анемію 1 ст. та 1 – анемію 2 ст.

Висновки

Глистну інвазію було діагностовано у 96 дітей, госпіталізованих в ОКІЛ м. Ужгород



за 2012 рік. Найбільша частота захворювань відмічалася у дітей віком більше чотирьох років – 50(52,1%). Глистна інвазія характеризувалася наступними клінічними проявами: кашель(100%), загальна слабкість і зниження апетиту (100%), неспокійний сон (84%), задишка (6,25%), нудота, блювання (12,5%), рідкі випорожнення без патологічних домішок (17,7%) , болі в животі (12,5%). При лабораторному дослідженні крові виявлено

лейкоцитоз (33,3%), зростання ШОЕ (49%), еозинофілія (16,6%). Під час ультразвукового обстеження органів черевної порожнини у дітей було виявлено збільшення печінки (80,3%) із змінами ехогенності паренхіми органа, збільшення селезінки (54,9%), реактивні зміни підшлункової залози із зниженням ехогенності паренхіми та збільшенням залози в розмірі (23,5%).

Резюме. У даній статті звертається увага на надзвичайно поширену супутню патологію серед дитячого віку – гельмінтози. Було вивчено клініко-епідеміологічні особливості та характер перебігу кору асоційованого з гельмінтозами у дітей, що характеризується різноманітними клінічними проявами, ускладнюючи перебіг основного захворювання.

Ключові слова: діти, кір, гельмінтози, клініко-епідеміологічні особливості.

Clinical and epidemiological features of motion of Measles with Helminthic infections combination in the children.

V. M. Polyak-Tovt

Summary. Helminthic infections was diagnosed in 96 children with Measles. Prevalence cases was diagnoses in children over four years. Clinical picture characterized by the following clinical symptoms: cough, weakness and loss of appetite, restless sleep, dyspnea, nausea and vomiting, liquid emptying without pathological signs, abdominal pain. The ultrasound examination of the Digestive tract in children presented change of liver size and consistency, reactive changes of the pancreas.

Key words: children, Helminthic infections, Measles, clinical and epidemiological dates.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бабак О.Я. Кишечные гельминтозы: ситуация и тенденции к их изменению / О.Я. Бабак // Здоровя України. – 2006. – №9/1.
2. Бодня Е.И. Клинико-иммунологические аспекты паразитарных болезней / Е.И. Бодня, И.П. Бодня // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2007. – №3(08).
3. Виноград Н.О. Паразитарні хвороби людини. Гельмінтози / Н.О. Виноград, Грицко Р.Ю. – Львів, 2005. – С.192.
4. Вінницька О.В. Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія / О.В. Вінницька // Здоров'я України. – 2009. – №4.
5. Крамарев С.А. Гельминтозы у детей и подростков / С.А. Крамарев, И.Б. Ершова, Г.Г. Бондаренко. – Киев – Луганск, 2006. – С.125.
6. Сергиев В.П. Паразитарные болезни человека / В.П. Сергиев, Ю.В. Лобзин, С.С. Козлов. – Санкт - Петербург: Фамант, 2006. – С.211–448, 361–364, 352–361.
7. Марушко Ю.В. Актуальные вопросы педиатрии / Ю.В. Марушко, М.Г. Грачева // Современная педиатрия. – 2011. – №6 (40).