

Аскаридоз і його наслідки в клінічній практиці

Л.Ф. Матюха¹, В.І. Ткаченко¹, О.В. Маяцька¹, О.Г. Баширова²

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

²КЗКОР «Київська обласна клінічна лікарня»

В статті наведено клінічний випадок паразитарної пневмонії. Даний клінічний випадок вказує на поліморфізм клінічних проявів та нозологій в сучасній медицині, актуальність питань паразитарної інфекції, необхідність широти клінічного мислення та важливість знання не лише терапевтичних дисциплін для правильної постановки діагнозу, а отже, пов'язаного з ним етіопатогенетичного лікування.

Ключові слова: токсокароз, аскаридоз, паразитарна пневмонія.

Аскаридоз – антропоноз, пероральний геогельмінтоз, що характеризується у ранній міграційній фазі наявністю алергійного синдрому та ознак ураження органів дихання, а в пізній (кишкової) фазі – ураженням травного тракту [1].

Аскаридоз є одним з найбільш поширених гельмінтозів людини в Україні і посідає друге місце серед паразитарних інвазій після ентеробіозу. Традиційно ентеробіоз, аскаридоз та трихоцефалоз реєструють як масові захворювання населення в Україні: відповідно 458,5, 138,01 та 21,4 випадку на 100 тис. населення. Щорічно реєструють близько 65 тис. хворих на аскаридоз. Джерелом інвазії *Ascaris lumbricoides* є хвора людина. Умови для поширення аскаридозу в містах мінімальні. Проте частка городян серед зареєстрованих хворих на аскаридоз стабільно складає близько 2/3, з них до 80% – діти віком до 14 років. Ця ситуація пов'язана з масовим зараженням городян на дачних ділянках і вживанням немитої городини, купленої на ринках і в магазинах. У той самий час ця ситуація свідчить про незадовільну лабораторну діагностику на селі [1–3].

Ще одна проблема великих міст – це забруднення ґрунту у дворах, скверах і парках екскрементами собак. Щодня в містах на вулицях залишається величезна кількість собачих фекалій. Ці фекалії у 30–60% випадків містять яйця собачих аскарид – токсокар (*Toxocara canis*). Особливо забруднені дитячі пісочниці. Англійські дослідники вважають токсокароз однією з головних причин розвитку у дітей бронхіальної астми [3–5].

Отже, механізм зараження аскаридозом – фекально-оральний. Факторами передачі захворювання є забруднені дозрілими яйцями аскарид овочі (огірки, помідори, зелень), ягоди (полуниця), фрукти чи некип'ячена вода. Частіше хворіють люди, пов'язані з землеробством. Інкубаційний період складає 6 днів [1, 2].

У патогенезі аскаридозу виділяють 2 фази: рання (міграційна) та пізня (кишкова) [1, 2].

Міграційна фаза. Після проковтування дозрілих яєць аскарид у кишечнику виходять личинки, проникають у кровоносні судини і течією крові заносяться у печінку, потім у легені. Потреба в кисні для їхнього розвитку змушує личинок пробуравлювати легеневі капіляри, у результаті разом з кров'ю, що вилілась, вони потрапляють в альвеоли, а після розсмоктування утвореного в легеневій тканині кров'яного згустку – в бронхіоли і бронхи. Перебування личинок у легеневій тканині супроводжується

утворенням нестійких інфільтратів, на фоні яких може розвиватися тяжка пневмонія. Потім з бронхів личинки потрапляють у ротову порожнину і знову у травний тракт. Тривалість міграційної фази – 8–15 днів [1, 2].

Клінічно міграційна фаза супроводжується симптомами, вираженість яких залежить від обсягу інвазії. На першому плані – загальнотоксичні і алергійні прояви: підвищення температури тіла (від субфебрильної до високої), артралгія, міалгія, слабкість, алергійний висип, ознаки ураження легень за типом бронхіту, пневмонії, ринофарингіту. Під час обстеження легень виявляють множинні дрібні «летючі» інфільтрати, рентгенологічна картина змінюється кожні 3–5 діб. Характерний синдром Лефлера, який іноді є єдиним проявом аскаридозу, – це поєднання нестійких інфільтратів в легенях з еозинофілією крові (до 30–40% еозинофілів). У разі масивної інвазії можуть відзначатися біль у грудях, кашель з мокротинням, задишку, астматичні напади. Клінічні прояви можуть тривати 2–7 днів і довше, інфільтрати в легенях можуть спостерігатися до 2–3 тиж, особливо якщо інвазія була не одномоментною, а протягом деякого періоду. У міграційну фазу личинки можуть бути виявлені у свіжому мокротинні, у фекаліях їх не виявляють. Міграційна фаза не завжди завершується кишковою, при наявності мокротиння личинок можуть випльовувати. У разі проковтування – личинка переходить до кишкової фази [1–3].

Кишкова фаза. Під час цієї фази у тонкому кишечнику відбувається дозрівання личинок до статевозрілих форм, які здійснюють механічне пошкодження слизової кишечника, що супроводжується порушенням всмоктування, пристінкового травлення та діарейним синдромом (іноді закреп). Хворі скаржаться на зниження апетиту, нудоту, печію, здуття живота, урчання в кишечнику, біль у животі у правій клубовій ділянці та, частіше, біль пупка, дратівливість, поганий сон, швидку втомлюваність. У цій фазі у фекаліях виявляють яйця аскарид, та іноді незрілі чи статевозрілі аскариди. Рентгеноскопія травного тракту з барієм іноді дозволяє побачити аскарид у просвіті кишечника. У загальному аналізі крові спостерігають помірну еозинофілію – 10–12% [1, 3].

Підтвердження діагнозу аскаридозу можливе за допомогою серологічних методів діагностики – виявлення специфічних антитіл до аскарид [1].

Лікування аскаридозу проводять протинематодозними препаратами широкого спектру дії – вермоксом, тіабендазолом тощо. Курс лікування необхідно повторити через 2–3 тиж, оскільки не всі гельмінти могли загинути. У комплексному лікуванні можливе застосування ангістамінних засобів. Антибіотики не ефективні [1, 3, 5].

Клінічний випадок. Хвора Й., 1968 р.н., госпіталізована до торакопульмонологічного центру Київської обласної клінічної лікарні 13.02.2012 р. у плановому порядку з діагнозом: Гамартома лівої легені? Двобічна еозинофільна пневмонія?

При госпіталізації у стаціонар хвора скаржилася на загальну слабкість протягом останніх місяців, біль у попереку. Скарг з боку органів дихання хвора не пред'являла.



Мал. 1. Рентгенографія ОГК хворої Й. (25.01.2012 р.)

З анамнезу хвороби відомо, що під час проходження щорічного профогляду на рентгенограмі (Ro) органів грудної клітки (ОГК) (25.01.2012 р.) випадково були виявлені зміни у нижніх відділах лівої легенеї, давність яких невідома. Заключення рентгенолога: Гамартома лівої легенеї. Плевродіафрагмальна шварта зліва. Синуси вільні. Серце в межах норми.

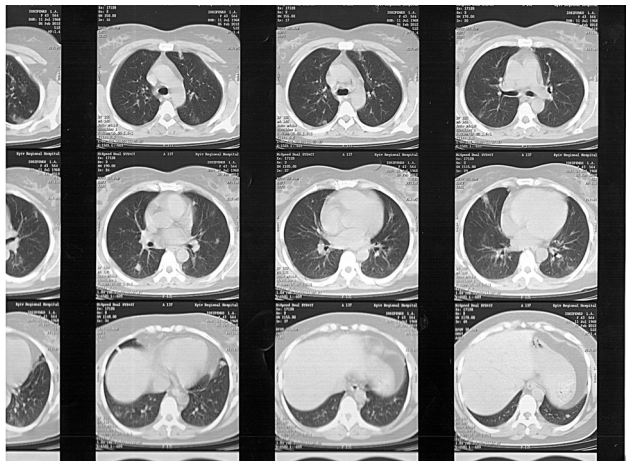
Рентгенографія ОГК хворої представлена на мал. 1.

Зміни у рентгенограмі ОГК супроводжувалися постійною еозинофілією 25–36% у загальному аналізі крові.

У зв'язку з отриманими даними рентгенографії ОГК та загальних аналізів з метою уточнення діагнозу хвора була направлена на комп'ютерну томографію ОГК (див. мал. 2). За даними проведеної Ro КТ ОГК (06.02.2012 р.) було зроблено заклучення: Ознаки двобічного дисемінованого процесу. Паразитарна пневмонія? (глистна інвазія?). Хвора була направлена на госпіталізацію до торакопульмонологічного центру Київської обласної клінічної лікарні з метою уточнення діагнозу та призначення лікування.

З анамнезу життя відомо, що алергійних реакцій у побуті та на медикаменти хвора не відзначала, оперативних втручань не було, ніяких хронічних захворювань раніше не діагностували, немиті овочі чи непросмажене м'ясо хвора не вживала, контакту з тваринами не було.

Під час об'єктивного огляду встановлено: хвора нормостенічної тілобудови, задовільного харчування. Пери-



Мал. 2. Зміни, виявлені під час Ro-КТ ОГК (06.02.2012 р.)

ферійні лімфатичні вузли не пальпуються. Шкіряні покриви бліді, помірної вологості. Язик чистий, вологий. Температура тіла 37,5 °С. У легенях перкуторно ясний легеневий звук, аускультативно – дихання з жорстким відтінком, хрипи не прослуховуються. ЧД = 16 за 1 х. Межі серця перкуторно не розширені. Аускультативно серцеві тони ритмічні, звучні. ЧСС = 70 за 1 хв. АТ = 120/80 мм рт.ст. Живіт при пальпації м'який, безболісний. Печінка біля краю реберної дуги. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Периферійних набряків немає. Фізіологічні відправлення не порушені.

Результати проведених обстежень у стаціонарі:

Загальний аналіз крові (20.02.2012 р.): ерит. = $4,46 \times 10^{12}/л$, Hb = 96 г/л, лейкоц. = $12,4 \times 10^9/л$, тромбоц. = $268 \times 10^9/л$, ШОЕ = 25 мм/год; лейкоцитарна формула: е – 40%, п – 2%, с – 42%, л – 16%.

Глюкоза крові (20.02.2012 р.) = 4,2 ммоль/л.

Біохімічний аналіз крові (20.02.2012 р.): загальний білок = 77,4 г/л, креатинін = 93 мкмоль/л, сечовина = 5,24 ммоль/л, білірубін загальний = 8,1 мкмоль/л, АЛТ = 31 од/л, АСТ = 21 од/л.

Загальний аналіз сечі (20.02.2012 р.): без патології.

Аналіз калу на яйця гельмінтів (14.02.2012 р.): не виявлено.

ЕКГ (16.02.2012 р.) – ритм синусовий, правильний, дифузні зміни міокарда.

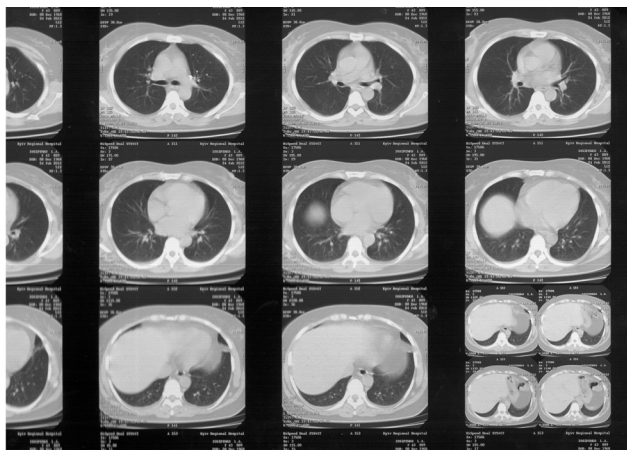
УЗД органів черевної порожнини (15.02.2012 р.): Заклучення: Стеатоз печінки. Хронічний холецистопанкреатит. Правобічний нефроптоз.

Консультація інфекціоніста при госпіталізації – для уточнення діагнозу рекомендовано аналіз крові на виявлення IgG до токсокар, аскарид.

Хворій було здійснено забір крові на виявлення IgG до токсокар і аскарид та розпочато комплексне лікування: нораксон – 1,0 × 2 рази на день внутрішньом'язово, левофлоксацин – 0,5 × 2 рази на день внутрішньовенно, флуконазол – 0,1 × 1 раз на день, цетрин – 10 мг Ч 1 раз на день, супрастин – 1,0 × 2 рази на день внутрішньом'язово, дексаметазон – 8 мг/добу внутрішньовенно, реосорбілакт – 200,0 внутрішньовенно крапельно, лінекс – 2 капсули Ч 2 рази на день.

17.02.2012 р. отримані результати серологічного аналізу крові: Ab IgG до Ascaris – позитив 2,802 (N<0,2), Ab IgG до Toxocara canis – позитив 2,938 (N<0,2).

У зв'язку з цим хвора була повторно консультувана інфекціоністом (17.02.2012 р.). Встановлено наступний діагноз: Токсокароз. Аскаридоз (мікст-паразитоз), вісцеральна форма. Рекомендовано: зентел – 400 мг × 2 рази на



Мал. 3. Зміни, виявлені під час Ro-, КТ-дослідження ОГК в динаміці (24.02.2012 р.)

день після споживання жирної їжі до 21–28 днів; контроль ІФА на 10-й день терапії; холівер – 3 драже × 3 рази на день за 20 хв до їди, алерон – 1 таблетка на день.

Стан хворої на фоні лікування спочатку погіршився у зв'язку з появою диспепсичних скарг (нудота, зниження апетиту) та інтоксикаційного синдрому (загальна слабкість, запаморочення), пов'язаних, найвірогідніше, з побічними ефектами вживання зентелу. Вираженість вищенаведених симптомів була значущою, пацієнтка потребувала паралельного проведення інфузійної дезінтоксикаційної терапії.

Наприкінці проведеного комплексного лікування хвора відзначила покращання загального стану, що супроводжувалося позитивною динамікою з боку загального аналізу крові – нормалізувалась кількість лейкоцитів до $9,8 \times 10^9$ /л, підвищився рівень Нб до 106 г/л, ШОЕ знизилася до 4 мм/год, значно знизилася кількість еозинофілів – із 40% до 1% в лейкоцитарній формулі; з боку рентгенологічних змін у легенях – при повторному Ro-, КТ-дослідженні ОГК (24.02.2012 р.) відзначали значну позитивну динаміку: двобічна полісегментарна пневмонія у фазі розсмоктування (мал. 3).

Ураховуючи дані анамнезу, проведеного обстеження та позитивного ефекту проведеного лікування, було встановлено заключний діагноз: Токсокароз. Аскаридоз (мікст-паразитоз), вісцеральна форма. Двобічна полісегментарна пневмонія. ЛН 0–I ст.

Хвора виписана 28.02.2012 р. на амбулаторне лікування під наглядом терапевта та інфекціоніста за місцем проживання; рекомендований Ro-контроль ОГК через 2 тиж у двох проєкціях (прямій та правій боковій); повторний аналіз крові на IgG до аскарид, токсокар на 10-й день лікування для вирішення питання подальшої тактики ведення хворої; контроль загального аналізу крові з лейкоцитарною формулою та біохімічних показників крові в динаміці.

За результатами повторного серологічного аналізу крові від 02.03.2012 р. встановлено зростання титрів ан-

титіл у динаміці лікування: Ab IgG до *Ascaris* – позитив 3,407 (N<0,2), Ab IgG до *Toxocara canis* – позитив 2,963 (N<0,2). Це свідчить про ефективність протипаразитарної терапії та достовірність встановленого діагнозу.

Описаний клінічний випадок досить нетиповий з точки зору діагностики та лікування, він свідчить про патоморфоз клінічних проявів та нозологій у сучасній медицині, актуальність питань паразитарної інфекції у нинішніх пацієнтів, зазначає необхідність широти клінічного мислення та важливості знання суміжних (не лише терапевтичних) дисциплін для правильного встановлення діагнозу, а отже пов'язаного з ним етіопатогенетичного лікування.

Аскаридоз и его последствия в клинической практике

Л.Ф. Матюха, В.И. Ткаченко, О.В. Маяцкая, О.Г. Баширова

В статье приведен клинический случай паразитарной пневмонии. Данный клинический случай указывает на полиморфизм клинических проявлений и нозологий в современной медицине, актуальность вопросов паразитарной инфекции, необходимость широты клинического мышления и важность знания не только терапевтических дисциплин для правильной постановки диагноза, а значит, связанного с ним этиопатогенетического лечения.

Ключевые слова: токсокароз, аскаридоз, паразитарная пневмония.

Ascariasis and its implications in clinical practice

L.F. Matyukha, V.I. Tkachenko, O.V. Mayatska, O.G. Bashirova

The article provides a clinical case of parasitic pneumonia. This clinical case indicates the polymorphism of clinical symptoms and diseases in modern medicine, the urgency of the issues of parasitic infection, the need for latitude clinical thinking and the importance of knowledge is not only therapeutic disciplines for an accurate diagnosis, and therefore, the associated etiopathogenetic treatment.

Key words: toxocarosis, ascariasis, a parasitic pneumonia.

Сведения об авторах

Матюха Лариса Федоровна – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (044) 362-04-68.

Маяцкая Оксана Витальевна – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9.

Ткаченко Виктория Ивановна – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9.

Баширова Оксана Григорьевна – Киевская областная клиническая больница, 04107, г. Киев, ул. Баггоутовская, 1.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Возіанова Ж.І. Інфекційні і паразитарні хвороби: В 3 т. – К.: Здоров'я, 2000. – Т.1. – С. 764-774.
2. Епідеміологія з основами медичної паразитології/ К.М. Синяк, В.М. Гирін та ін. – К.: Здоров'я, 2001. – С. 581–586.
3. Бодня К.І. Нове в діагностиці та лікуванні паразитарних інвазій// Внутренняя медицина. – 2007. – № 5 (5).
4. Паразитизм як біологічне явище: Навчальний посібник / В.О. Гоженко, О.П. Корж, Н.В. Воронова, Л.М. Тітова. – Запоріжжя: ЗДУ, 2001. – 130 с.
5. Horton J. Albendazole: a review of anthelmintic efficacy and safety in humans // Parasitology. – 2000. – Vol. 121. – P. 8113–32.