

Спеціалізований рецензований науково-практичний журнал для педіатрів та сімейних лікарів

Здоров'я[®]

ДИТИНИ

Том 15, № 5, 2020

ISSN 2224-0551 (print), ISSN 2307-1168 (online)

ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС
95264
www.mif-ua.com

ЗАСЛАВСКИЙ
Издательский дом

Том 15, № 5, 2020

ЗДОРОВ'Я ДИТИНИ



ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Донецький національний медичний університет



Здоров'я дитини
Здоровье ребенка
Child's Health
Zdorov'e rebenka

Спеціалізований рецензований науково-практичний журнал
Заснований в липні 2006 року
Періодичність виходу: 8 разів на рік

Том 15, № 5, 2020

Включений в наукометричні і спеціалізовані бази даних НБУ ім. В.І. Вернадського, «Україніка наукова», «Наукова періодика України», JIC index, Ulrichsweb Global Serials Directory, CrossRef, WorldCat, Google Scholar, Science Index, «КіберЛенінка», ICMJE, SHERPA/RoMEO, NLM-catalog, NLM-Locator Plus, OpenAIRE, BASE, ROAD, DOAJ, Index Copernicus, EBSCO



mif.ua.com



journals.urau.ua

ВОРМІЛ

НАДІЙНИЙ ЗАСІБ ДЛЯ
ЕФЕКТИВНОЇ ДЕГЕЛЬМІНТИЗАЦІЇ
ТА ПРОФІЛАКТИКИ ГЕЛЬМІНТОЗІВ

з 1 року життя

ШИРОКИЙ СПЕКТР ДІЇ

Найбільш широкий спектр дії серед антигельмінтних препаратів

ДОВЕДЕНА ЕФЕКТИВНІСТЬ

Доведена дія при лікуванні мікст-інвазій, коли виявляється 2 і більше паразити

ПОДВІЙНИЙ МЕХАНІЗМ ДІЇ

Висока ефективність завдяки подвійному механізму дії

УНІВЕРСАЛЬНІСТЬ ДІЇ

Діє як на кишкові, так і на тканинні паразити у формі яєць, личинок та дорослих гельмінтів.

БЕЗПЕКА

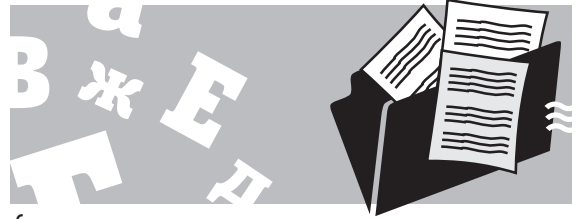
Альбендазол - рекомендований ВООЗ як антигельмінтний препарат з високим профілем безпеки



ВОРМІЛ суспензія оральна, 200 мг/5 мл; по 10 мл у флаконі; РП UA/6434/01/01 від 15.05.17.
ВОРМІЛ таблетки для жування, 400 мг, по 1 або 3 таблетки у блістері; РП UA/6434/02/01 від 19.05.17.
Препарат відпускається за рецептом. Повна інструкція із застосування міститься в інструкції для медичного застосування лікарського засобу. Лікарський засіб має протипоказання і можливі побічні ефекти. Перед застосуванням ознайомтеся, будь ласка, з інструкцією.



Представництво «Мілі Хелскере Лімітед»,
Велика Британія, в Україні: 01032, м. Київ,
бул. Т. Шевченка, 33-Б, тел. (044) 498-13-34



УДК 616.995.132-053.2

Проблема гельмінтозів у педіатрії. Токсокароз

18.06.2020 р. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Дніпропетровська медична академія МОЗ України, ГО «Українська асоціація медичної освіти», Міжнародний благодійний фонд «Видавництво «Сфера» за підтримки Видавничого дому «Заславський», журналу «Здоров'я дитини», газети «Новини медицини та фармації», медичного порталу <http://www.mif-ua.com/> провели Міжнародну науково-практичну конференцію для педіатрів і сімейних лікарів з онлайн-трансляцією «COVID-19. Лікування дитячих хвороб в умовах пандемії. Що потрібно знати практикуючому лікарю».

У рамках конференції були висвітлені актуальні питання сучасної педіатрії. Із докладом «Проблема гельмінтозів у педіатрії. Токсокароз. Що робити?» виступила кандидат медичних наук, доцент кафедри педіатрії та неонатології Запорізької медичної академії післядипломної освіти Т.Г. Андрієнко.

Токсокароз — паразитарне захворювання, що викликається мігруючими личинками аскарид собак (*Toxocara canis*) і характеризується тривалим рецидивуючим перебігом і поліорганичним ураженням алергічної природи. Як відомо, найбільш патогенну дію мають гельмінти в міграційній і тканинній стадіях. Діагностика токсокарозу утруднена через поліморфізм і невизначеність клінічних проявів. У повсякденній клінічній практиці своєчасне встановлення діагнозу та призначення специфічної терапії — швидше виняток, ніж правило (Бодня І.П., 2019).

За статистичними даними зарубіжної літератури, захворюваність на токсокароз у світі зросла за останні 50 років на 300 % (Medawar V. et al., 2017).

Інвазія токсокарозом людей коливається від 2,6 % у Бельгії, 3,6 % у Японії, 6,1 % у Нідерландах до 51 % на Тайвані, 68,2 % у Колумбії та понад 80 % у Брази-

лії, Непалі та на островах Карибського басейну (Бодня І.П., 2019).

В Україні останніми роками спостерігається тенденція до зростання більше ніж у 10 разів числа виявлених хворих на токсокароз (Чокан В.І., 2018).

Джерелом зараження людини є собаки, які виділяють яйця токсокар з фекаліями. Люди інфікуються при проковтуванні яєць, що містяться в ґрунті або піску (діти), при вживанні забруднених землею овочів та ягід.

Токсокари потрапляють в організм собак із землею, піском, пилом, при контакті з іншою собакою, щеням, шерсть яких забруднена яйцями. Паразитує токсокари в собак у тонкій кишці та шлунку. Хворі тварини щодня виділяють мільйони яєць.

Прямий контакт із собаками не має значення, тому що яйця є незаразними у свіжих фекаліях і стають заразними тільки у ґрунті.

Яйця гельмінтів, що виділяються собаками, дозрівають до інвазійних стадій у ґрунті та стають заразними через 2–4 тижні в навколишньому середовищі, зберігають свою життєздатність у ґрунті до 10 років і гинуть тільки при температурі –13 °С.

При потрапленні в організм людини яєць *Toxocara canis* вони переміщуються шлунково-кишковим трактом, і в проксимальному відділі тонкого кишечника з яєць виходять личинки, які через слизову оболонку проникають у систему кровообігу і з плином крові мігрують в організмі. Личинки осідають у тканинах, де створюють паразитарні гранульоми й можуть зберігати життєдіяльність багато років. Під впливом несприятливих факторів (наприклад, при імуносупресії) личинки активуються та можуть повторно мігрувати (Заячук О.І. Буковинський мед. вісник. 2010. Т. 14. № 4(56). С. 32-34).

Вірогідність інвазії людей напряму залежить від поширеності токсокарозу в навколишньому середовищі. Середня ураженість токсокарозом собак,

обстежених на різних континентах, становить понад 15 %, але в деяких регіонах досягає 93 % (Васюкова М.М., 2012).

При обстеженні ґрунту площа обсіменіння яйцями токсокар у населених пунктах становила від 1–3 до 57–60 %. На сьогодні спостерігається така тенденція: у містах за відсутності спеціалізованих майданчиків місцем вигулу собак стають дитячі ігрові майданчики та пісочниці на прибудинкових територіях. При обстеженні в м. Львові на 9 дитячих ігрових майданчиках із 19 обстежених було виявлено яйця *Toxocara canis* (Прийма О.Б., 2009). У Німеччині поширеність яєць *Toxocara canis* на дитячих ігрових майданчиках також досить висока — вони були виявлені на кожному четвертому майданчику м. Ганновера (за умови, що пісок на них змінюється кожні 3 роки) (Kleine A., Springer A., 2017).

В Україні у результаті дослідження, що було проведене в Чернівцях у 2006–2007 рр., позитивний титр антитіл до антигенів токсокар був виявлений у 39,4 % дітей (315 із 808 обстежених) і 11,2 % дорослих (14 із 112 обстежених). Практично в усіх в епідеміологічному анамнезі були контакти з домашніми й бродячими собаками. В популяції переважали сільські жителі, які становили 70 % (Захарчук О.І., 2007).

Діагноз токсокарозу найчастіше встановлюється на підставі епідеміологічного анамнезу, клінічної симптоматики, гематологічних проявів, виявлення антитіл до антигенів токсокар (імуноферментний аналіз (ІФА) із секреторно-екскреторними антигенами личинок токсокар). Паразитологічний діагноз — ідентифікація гранульом і личинок у тканинах — встановлюється дуже рідко.

Серед лабораторних показників у гострій фазі захворювання слід звернути увагу на такі: гіпереозінофілія крові (від 10–20 до 50–80 %), гіпергаммаглобулінемія, лейкоцитоз і підвищена швидкість осідання еритроцитів, збільшення рівня сироваткового IgE. У випадках ураження печінки спостерігається підвищення білірубіну й гіперферментемія. У хронічній стадії захворювання гострі клінічні й лабораторні ознаки згасають.

У постановці діагнозу велике значення має серологічна діагностика — визначення anti-*Toxocara* IgG.

Основні клінічні форми токсокарозу:

— вісцеральна форма, що розвивається внаслідок зараження великою кількістю личинок і має виражену клінічну картину;

— очний токсокароз, що розвивається при зараженні одиничними личинками;

— безсимптомний, або прихований, токсокароз, що виявляється при серологічних дослідженнях, коли личинки знаходяться в різних тканинах у «сплячому» стані, зберігаючи життєздатність.

Вісцеральний токсокароз характеризується рецидивуючою лихоманкою, легенеvim синдромом (від легких катаральних явищ до гострого бронхіту, пневмонії, тяжких нападів задишки, посилення ле-

генового рисунка, зокрема рентгенологічно можуть виявлятися летючі інфільтрати), абдомінальними болями, збільшенням розмірів печінки, лімфаденопатією, еозінофілією, гіпергаммаглобулінемією. Можуть спостерігатися додаткові симптоми, але вони зустрічаються набагато рідше: шкірні й алергічні реакції (кропив'янка, поліморфний висип, набряк Квінке), міокардит, панкреатит, ураження щитоподібної залози, ураження м'язової тканини з розвитком болючих інфільтратів по ходу м'язів, ураження центральної нервової системи (тривалі головні болі, епілептиформні напади, парези, паралічі, порушення сну тощо).

Очний токсокароз — це одна з найчастіших причин втрати зору. Клінічно ця форма токсокарозу має перебіг хронічного ендодальмиту, хоріоретиніту, іридоцикліту, кератиту, папіліту. Діагностика очного токсокарозу складна, тому що специфічні антитіла не виявляються або виявляються в низьких титрах, кількість еозінофілів зазвичай нормальна або незначно підвищена.

При аналізі перебігу токсокарозу в 103 дітей в амбулаторному відділенні з боротьби з зоонозами у м. Лодзь (Польща) встановлено, що найбільш частою формою захворювання був прихований токсокароз (95,1 % дітей). Меншу частину випадків становив очний токсокароз (4,9 %). Найбільш частими скаргами були біль у животі й незначна лімфаденопатія. У 64,3 % дітей у лабораторних показниках виявлялась еозінофілія. У цьому ж дослідженні було встановлено, що кількість курсів лікування мала пряму залежність від місця проживання дитини: понад 50 % сільських дітей були потрібні три курси лікування. Курс лікування: альбендазол протягом 3–5 діб і через 3 тижні — мебендазол протягом 3 діб (Wiśniewska-Ligier M. et al., 2012).

Основні показання для серологічного обстеження на токсокароз:

— ознаки ураження печінки, легенів і/або лихоманка неясного походження на тлі еозінофілії в крові;

— схильність до алергій;

— безпричинне порушення зору;

— неефективність стандартного лікування хвороб внутрішніх органів;

— загальне погіршення самопочуття, слабкість, стомлюваність;

— перебування в групі ризику.

Легкі безсимптомні форми не потребують специфічної терапії, організм може самостійно приводити до деструкції. Альбендазол є препаратом вибору для лікування токсокарозу (Centers for Disease Control and Prevention, CDC). Дітям до 6 років призначення препарату в високих дозах не рекомендується. Режим дозування встановлюється індивідуально залежно від віку, маси тіла, а також ступеня тяжкості інфекції:

— при масі тіла понад 60 кг — 400 мг 2 рази на добу;

— при масі тіла менше за 60 кг — 15 мг/кг на дозу в 2 прийоми;

— максимальна добова доза — 800 мг.

На вітчизняному ринку альбендазол представлений препаратом Vormil. Його перевагою є те, що препарат впливає на всі стадії розвитку гельмінтів і ефективний при будь-якій локалізації — як при кишковій формі, так і при інвазивних гельмінтозах.

Дозволений до використання дітям з 1 року у вигляді оральної суспензії і дітям від 2 років у вигляді жувальних таблеток. Курс лікування становить 5–10 діб залежно від тяжкості захворювання (інструкція до медичного препарату Vormil).

Критерії ефективності лікування (Комарницька Л.В. та ін., 2009):

- прогресивне зниження рівня еозинофілів;
- регрес клінічних проявів хвороби;
- зниження титру/рівня специфічних антитіл (контрольне обстеження проводити через 3 місяці).

Клінічний ефект лікування випереджає позитивну динаміку гематологічних та імунологічних показників. Отже, дитина з токсокарозом потребує тривалого

спостереження й обстеження в динаміці. За відсутності покращання показників курс специфічної терапії треба повторювати кожні 3 місяці (Комарницька Л.В. та ін., 2009).

Спостереження: щонайменше 6 місяців до отримання двох негативних контрольних результатів ІФА. Клінічний огляд і загальний аналіз крові в періоді спостереження доцільно проводити 1 раз на місяць (Комарницька Л.В. та ін., 2009).

Основним профілактичним заходом є лікування домашніх собак протиглистними препаратами (найбільш ефективним є лікування цуценят віком 4–5 тижнів, а також вагітних самок). Також украй необхідний захист дитячих ігрових майданчиків, пісочниць, територій дитячих садків, парків, скверів від вигулу собак.

**За матеріалами конференції підготувала
Т.В. Тлустова ■**