

Мергенов А.Э.

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОЯВЛЕНИЯ ТОКСОКАРОЗА

Мергенов А.Э.

### ТОКСОКАРОЗДУН КЛИНИКАЛЫК ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ

A.E. Mergenov

#### FEATURES OF CLINICAL MANIFESTATIONS OF TOXOCARIASIS

УДК: 616.995.1

Макалада токсакароздун клиникалык өзгөчөлүктөрү жана анын калктын арасында негизги белгилери, ошондой эле иммундук системасынын функционалдык абалы берилген.

**Негизги сөздөр:** токсакароз, клиникалык өзгөчөлүктөр, иммундук система.

В статье приведены результаты изучения клинических особенностей с определением ведущих симптомокомплексов у взрослых и детей, а также функционального состояния иммунной системы у инвазированных токсокарозом.

**Ключевые слова:** токсакароз, клинические особенности, иммунная система.

The results of the study of the clinical characteristics of the definition of the leading symptoms in adults and children, as well as the functional state of the immune system in infested by toxocarasis

**Key words:** toxocarasis, clinical features, immune system.

**Введение.** Токсокароз для нашей республики является сравнительно новой инвазией в связи с тем, что классическим паразитологическим методом он не выявляется. Возможность диагностики токсокароза появилась с внедрением современных серологи-

ческих исследований. Для токсокароза характерна миграция личинок *T.canis* приводящая к длительному рецидивирующему течению (от нескольких месяцев до нескольких лет) и полиорганным поражениям, что связано с периодическим возобновлением миграции личинок токсокар. Клинические проявления токсокароза имеют прямую зависимость от инфицирующей дозы и частоты реинвазий. В связи с этим важно знать основные клинические проявления токсокароза для целенаправленного серологического исследования.

**Целью** данного исследования явилось изучение и определение основных симптомокомплексов при токсокарозной инвазии.

**Материалы и методы.** Клинические проявления токсокароза изучались у 101 серопозитивных пациентов, обратившихся в РКИБ с различными клиническими симптомами. Методы исследования: клинический, серологический, иммунологический.

**Результаты исследования.** Под наблюдением находились 101 больной в возрасте от одного до 65 лет обратившихся в РКИБ по поводу токсокароза. Возрастное распределение инвазированных токсокарозом отражено на рисунке 1.

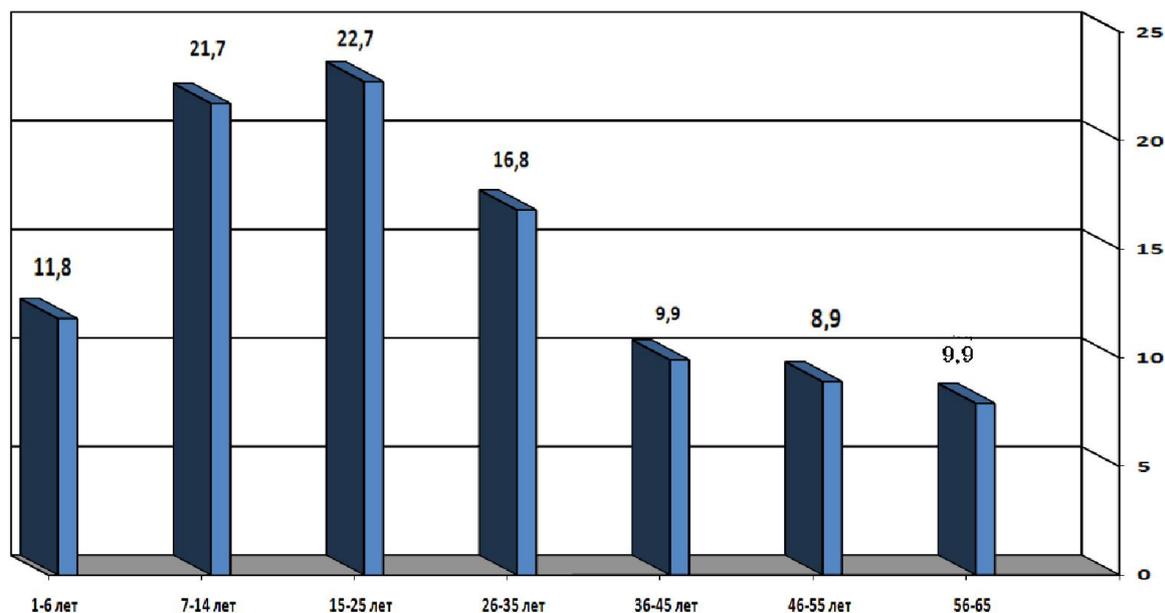


Рис. 1. Удельный вес токсокароза по возрастам.

Как видно из данного рисунка инвазированными оказались лица от 7 до 25 лет (45,4%). Причем удельный вес возрастной группы 15-25 лет был несколько выше (22,7±4,1%) по сравнению с группой 7-14 лет (21,7±4,1%) хотя различия недостоверны ( $t=-0,1$ ). Далее следуют лица 26-35 лет (16,8±3,7%) и дети 1-6 лет (11,8±3,2%). В остальных возрастных категориях удельный вес варьировал от 7,9±2,7 (56-65 лет) и до 9,9±2,9 (36-45 лет). Таким образом, зараженность токсокарами наблюдалась во всех возрастных группах с достоверной разницей между возрастными группами 56-65 лет от 7-14 лет ( $t = -2,8$ ) и 15-25 лет ( $t=-3,0$ ), также между 46-55 лет от 7-14 лет ( $t=-2,3$ ) и 15-25 лет ( $t=-2,5$ ), между 1-6 лет и 15-25 лет ( $t=-2,0$ ).

Из 101 наблюдаемых пациентов с токсокарозом существенных различий от половой принадлежности не обнаружено, мужчины составили 53,4% и женщины – 46,5 ( $t=1,4$ ).

У обратившихся пациентов жалобы носили самый разнообразный характер, которые были сгруппированы в синдромы (таблица 1).

**Таблица 1 – Клинические синдромы при токсокарозе у наблюдаемых пациентов (n=101)**

№	Клинические синдромы	n	% ± m	Достоверность различий
1	Астеновегетативный	67	66,3±4,7	t1t2=-0,1; t1t3=13,4; t1t4=11,2; t1t5=13,4; t1t6=14,1;
2	Абдоминальный	68	67,3±4,6	t2t1=0,1; t2t3=13,9; t2t4=11,6; t2t5=13,9; t2t6=14,9
3	Кожный	34	33,9±4,7	t3t1=13,4; t3t2=13,9; t3t4=14,6; t3t5=1; t3t6=10,9
4	Глазной	7	6,9±2,5	t4t1=-11,2; t4t2=-11,6; t4t3=14,6; t4t5=1,7; t4t6=1,7;
5	Бронхопультмональный	34	33,9±4,7	t5t1=-13,4; t5t2=-13,9; t5t3=1; t5t6=1,7;
6	Лихорадочный	28	27,7±4,5	t6t1=-3,3; t6t2=-2,3; t6t3=-4,6; t6t4=0,6; t6t5=-6,7;

По данным таблицы 1 видно, что у пациентов инвазированных *T.canis* ведущими были абдоминальный (67,3±4,6%) и астеновегетативный (66,3±4,7%) синдромы, у детей до 14 лет еще кожный (77,2±4,1%) и бронхопультмональный 33,9±4,7%. Несколько реже лихорадочный

(27,7±4,5%) синдром, а глазной выявлен в 5,0±2,2% случаев. Нами проведен детальный анализ клинических симптомов токсокароза у наблюдаемых пациентов.

Результаты детального анализа показали, что большинство пациентов жаловались на боли в животе (67,3±4,6) спастического характера. Тошноту отмечали в 9,9±2,9% случаев, рвоту – в 0,9±0,9% и снижение аппетита – в 4,9±2,1%. Статистически достоверными были различия между болями в животе и тошнотой ( $t=4,3$ ), болями в животе и рвотой ( $t=7,6$ ), болями в животе и снижением аппетита ( $t=5,7$ ). Частыми симптомами были слабость (66,3±4,7%) и утомляемость (8,9±2,8%), которые коррелировали между собой ( $t=2,6$ ).

Важно отметить, что у детей до 14 лет постоянным клиническим симптомом заболевания были полиморфные высыпания на коже и кашель (33,9±4,7). Чаще встречались эритематозная и уртикарная сыпь, зуд кожи встречался в 19,8±3,9% случаев, в одном случае отмечено чувство «ползания мурашек» и выпадение волос. Наряду с этим, бронхопультмональный синдром проявлялся различными симптомами: от легких катаральных явлений до выраженного бронхообструктивного синдрома. Основными жалобами были сухой кашель, иногда отмечались приступы кашля по ночам и выраженная одышка. Аускультативно в легких выслушивали жесткое, у некоторых больных были сухие хрипы.

Лихорадочный синдром наблюдался в 27,7±4,5% случаев, длительность лихорадочного периода колебалась от 2 недель до 1 года. Практически у всех лихорадка имела волнообразный характер с периодами апиреksии. Лихорадочный синдром как показатель интоксикации сочетался с головной болью в 13,8±3,4% ( $t=3,3$ ) и симптомами астеновегетативного синдрома (слабостью ( $t=4,6$ ) и утомляемостью ( $t=2,3$ )).

Глазной синдром в виде снижения зрения выявлен в 6,9±2,5% случаев, но из-за отсутствия офтальмологических изменений глазная форма нами не выставлялась. Более чем в половине случаев выявлялся синдром гепатомегалии и лимфаденопатии (57,4±4,9%).

Таким образом, токсокароз характеризуется полиморфной клинической картиной, проявления болезни зависели от локализации паразитов, интенсивности инвазии. Ведущими синдромами оказались астеновегетативный и абдоминальный, у детей до 14 лет еще и кожный и бронхопультмональный.

Для определения эндогенной интоксикации личинками токсокар организма инвазированных были использованы тесты первого уровня, которые оценивались на частоте субъективных ощущений. В таблице № 2 даны результаты анализа жалоб, предъявляемых инвазированными.

**Таблица 2. – Бальная оценка эндогенной интоксикации инвазированных токсокарозом**

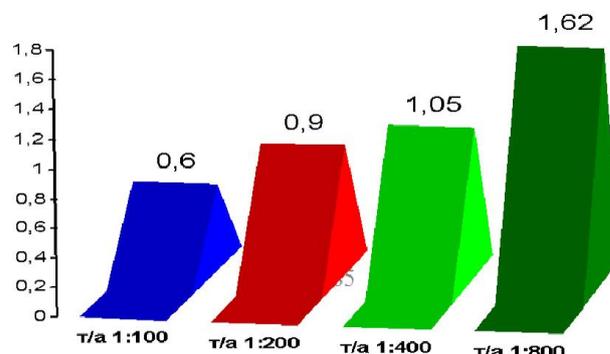
Признак	всего	1 балл незначительная	2 балла умеренная	3 балла выраженная
Головная боль	14	6	8	-
утомляемость	9	2	4	3
слабость	22	5	12	5
Боли в животе	34	9	14	11
тошнота	10	2	5	3
сыпь	35	7	13	15
зуд	20	5	8	7
всего	144	36	64	77

Как видим из таблицы симптомы, оцененные по одному баллу и относящиеся к незначительным были выявлены в 25% инвазированных токсокарами. Умеренная интоксикация наблюдалась у 44,4% и выраженная у 30,5% обследованных. Эти данные коррелируют с данными полученными по ИФА, где титры антител 1:400 и 1:800 имели 49,9% инвазированных, что служит основой более выраженной клиники.

Для более точного определения уровня интоксикации личинками токсокар использовали тесты второго уровня с расчетом лейкоцитарного индекса токсемии по Каль-Калифу. Полученные данные приведены в рисунке 2. Нормальными значениями ЛИИ считаются показатели от 0,3 до 1,5. Повышение ЛИИ от 4 до 9 свидетельствует о значительном компоненте эндогенной интоксикации, в сочетании с лейкопенией и является тревожным прогностическим признаком. Повышение ЛИИ связано с исчезновением эозинофилов, увеличением количества сегментоядерных форм лейкоцитов, плазматических клеток и снижением числа лимфоцитов. Лейкоцитарный индекс Каль-Калифа учитывает ряд предпосылок, основанных на функциональной принадлежности различных групп клеток, входящих в лейкоцитарную формулу.

По нашим данным видно, что средний лейкоцитарный индекс – 1,62, что является чуть выше верхнего порога, был у лиц с титрами антител 1:800. Следует отметить, что показатели ЛИИ у этой группы инвазированных варьировали от 0,98 до 2,45. При этом показатели больше нормы имели 72,2% обследованных этой группы. Во второй группе с титрами антител 1:400 средний показатель ЛИИ составил 1,05. Минимальный показатель равнялся 0,35, максимальный – 1,99. Лейкоцитарный индекс выше нормы имели всего 26,3% инвазированных лиц из этой группы. В третьей группе инвазированных лиц с титрами антител 1:200 средний показатель ЛИИ составил 0,9, что равняется норме.

Вариации показателей составили от 0,31 до 1,76. Удельный вес с показателями выше нормы составил всего – 6,8%. В группе лиц с титром антител 1:100 средний показатель ЛИИ был всего 0,6 при вариациях от 0,4 до 1,88 с удельным весом больших показателей – 3%.



**Рис. 2.** Данные ЛИИ у инвазированных токсокарозом в зависимости от титра антител.

Таким образом, проявления эндогенной интоксикации от токсокарозной инвазии находится в прямой зависимости от интенсивности инвазированности. При высоких титрах антител к токсокарам, наблюдается клинически выраженная и умеренно выраженная интоксикация, показатели ЛИИ имеют более высокие значения.

**Выводы:**

1. Зараженность токсокарами наблюдалась во всех возрастных группах, но наиболее инвазированными оказались лица от 7 до 25 лет (45,4%).
2. Клиническая картина токсокароза характеризовалась полиморфностью проявления, ведущими синдромами оказались астеновегетативный и абдоминальный, у детей до 14 лет еще и кожный и бронхопультмональный.
3. Проявления эндогенной интоксикации при токсокарозной инвазии находится в прямой зависимости от интенсивности инвазированности. При высоких титрах антител к токсокарам, наблюдается клинически выраженная и умеренно выраженная интоксикация, показатели ЛИИ имеют более высокие значения.

**Литература:**

1. Каль-Калиф Я.Я. О лейкоцитарном индексе интоксикации и его практическом значении/Я.Я.Каль-Калиф //Врачебное дело.- 1941.- №1.-С.31-33.
1. Конаныхина С.Ю. Клинико - иммунологические аспекты токсокароза у детей[Текст]:автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.36., 03.00.19./ С.Ю.Конаныхина. - Москва, 2004. -15с.
2. Холодняк Г.Е. Клинико – эпидемиологические особенности, диагностика и новые подходы к терапии токсокароза у детей [Текст]: автореф. дисс. канд. мед. наук./ Г.Е. Холодняк. – Москва, 2009. – 25 с.

**Рецензент: д.м.н., профессор Орозбекова Б.Т.**