

© Дудник В.М., Ізюмець О.І., Моравська О.А., Кондратюк Л.М., Демченко М.М., Василик В.С., Чугу Т.В., Кречотень О.М., Корольова Н.Д.

УДК: 616-002.95-053

**Дудник В.М., Ізюмець О.І., Моравська О.А., Кондратюк Л.М., Демченко М.М., Василик В.С., Чугу Т.В., Кречотень О.М., Корольова Н.Д.**

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра педіатрії № 2 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

## КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ГЕЛЬМІНТОЗІВ І ОСОБЛИВОСТІ ЇХ ЛІКУВАННЯ У ДІТЕЙ

**Резюме.** Метою дослідження був аналіз результатів застосування методу імуноферментного аналізу (ІФА) в діагностиці гельмінтозів і вибір їх ефективного комплексного лікування. Під спостереженням знаходилась 121 дитина віком 2-16 років, у яких діагностували аскаридоз, лямбліоз, токсокароз. Діагноз виду гельмінтозу підтверджували серологічним тестуванням сироватки крові методом імуноферментного аналізу. Враховуючи об'єм лікувальних заходів всіх пацієнтів розділили на дві групи. Основну групу склали хворі (61 дитина), які отримували комплексну поетапну терапію гельмінтозу. У групу порівнянь увійшли хворі, які отримували тільки традиційну алопатичну терапію (60 дітей). Ефективність протигельмінтної терапії у дітей обох груп оцінювалася протягом 6 місяців від початку лікування. Результати дослідження підтверджують, що тестування сироватки крові методом ІФА дозволяє визначити вид гельмінтозу навіть на ранніх стадіях інвазії, від чого залежить успішність лікування. Застосування комплексної поетапної терапії відповідно виду гельмінтозу має значні переваги в порівнянні з призначенням монотерапії алопатичними препаратами.

**Ключові слова:** гельмінтози, діти, алопатичне лікування, комплексне лікування.

### Вступ

За останні роки педіатри особливої уваги звертають на паразитарні захворювання у дітей. Адже за даними ВООЗ щорічно у світі 16 мільйонів людей помирають від інфекційних та паразитарних патологій [Ершова, Бондаренко, 2005]. Причому кількість захворювань та летальних випадків від кишкових гельмінтозів вища, ніж від бактеріальних, вірусних та інших паразитарних недуг загалом [Щекина, 2007]. Велике поширення отримали гельмінтози, які викликають представники круглих черви, а саме - аскаридоз, ентеробіоз, трихоцефалоз, токсокароз (який нагадує клініку аскаридозу і тому потребує детальнішого лабораторного уточнення). Враховуючи умови зараження, очевидно, що найчастіше хворіють діти. Щорічний показник захворюваності гельмінтозами в Україні складає 1333 випадки на кожні 100 тис. населення, 80% з них припадають на дітей. На частку школярів та дітей молодшого шкільного віку приходить 65,1% усіх хворих аскаридозом.

Актуальність проблеми полягає в тому, що через недосконалість діагностики великий відсоток глистяних інвазій залишається поза увагою лікарів. Так, прямі методи дослідження (аналіз калу на яйця гельмінтів, дуоденального вмісту, шкребка з періанальної ділянки тощо) мають певні недоліки, які пов'язані з особливостями розвитку паразита (тривалими періодами відсутності кладки яєць, стадією міграції личинок в організмі хазяїна), з паразитуванням самців, статевонезрілих чи старих самок.

З іншого боку - діагностовані гельмінтози не завжди підлягають повному та ефективному лікуванню, оскільки не враховуються різнопланові впливи паразитів на організм хазяїна. Продукти життєдіяльності та розпаду гельмінтів чинять загальну токсичну дію, викликають сенсibiliзацію. У місці паразитування відбувається механічне пошкодження органів і тканин з

подальшим запаленням слизових оболонок шлунково-кишкового тракту (ШКТ) і подразненням нервових закінчень, що призводить до стимуляції патологічних рефлексів, а під час міграції личинок по кровеносних та лімфатичних шляхах порушується природний секреторний бар'єр у різних системах організму. Співіснування сапрофітної флори кишечника та гельмінтів призводить до виникнення дизбіозу, внаслідок чого активується умовно-патогенна флора і створюються сприятливі умови для розвитку патогенних мікроорганізмів. Спосіб живлення гельмінтів викликає гіповітаміноз та дефіцит мінералів і мікроелементів [Ершова, 2007; Бодня, 2006]. Тому терапія гельмінтозів має бути спрямованою не лише на знищення етіологічного чинника захворювання, а й на ліквідацію наслідків його життєдіяльності в організмі дитини [Крамарев, 2008].

Отже, метою нашого дослідження було вивчення досконалих методів діагностики гельмінтозів та підбір ефективного комплексного лікування цієї групи захворювань.

### Матеріали та методи

Під спостереженням знаходилась 121 дитина віком 2-16 років, у яких діагностували аскаридоз (106 дітей), лямбліоз (10 дітей), токсокароз (5 дітей). Усі хворі мали подібну симптоматику захворювання за попереднім обстеженням, яке включало збір скаргу, анамнезу та об'єктивне обстеження.

Для підтвердження діагнозу гельмінтозу застосували імуноферментний аналіз (ІФА) - лабораторний імунологічний метод якісного визначення і кількісного вимірювання антигенів та антитіл. Дослідження проводилось на базі Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні та миської дитячої лікарні "Центр матері та дитини".

**Результати. Обговорення**

Враховуючи об'єм лікувальних заходів усіх пацієнтів розподілили на дві групи. Основну групу (ОГ) склали хворі (61 дитина), які отримували комплексну поетапну терапію гельмінтозу. До групи порівнянь (ГП) увійшли хворі, які отримували лише традиційну алопатичну терапію (60 дітей). В основній групі було 53 дитини (86,9%) з аскаридозом, 4 (6,6%) - з лямбліозом і 3 (4,9%) - з токсокарозом. У ГП розподіл хворих за відповідними інвазіями виглядав наступним чином: з аскаридозом було 53 дитини (88,3%), з лямбліозом - 6 (10%), з токсокарозом - 2 (3,3%). Усі хворі мали подібну симптоматику захворювання за попереднім обстеженням, яке включало збір скарг, анамнезу та об'єктивне обстеження. Найчастіше виявляли симптоми, які вказували на загальну інтоксикацію організму, астено-невротичний синдром (70 дітей - 57,9%), диспепсичні явища (108 дітей - 66,1%), ознаки сенсibiliзації та зниження імунного статусу організму (70 дітей - 57,6%). Протягом періоду нагляду щоденно проводився контроль за ступенем вираження даних симптомів.

Всі препарати, які використовували для лікування хворих обох груп, застосовувались у вікових дозуваннях згідно інструкції. Комплексна терапія, яка проводилась для лікування дітей ОГ, була поетапною:

**1 етап:** дієта, яка включає продукти з високим вмістом пектинів (природних ентеросорбентів, таких як рисовий відвар, каротинно-яблучна суміш, чорничний кисіль тощо) та з низьким вмістом жирів у рідкому і напіврідкому вигляді (супи, рідкі каші, протерте м'ясо, кисломолочні продукти); *протипаразитарне специфічне лікування алопатичними препаратами* (альбендазол - при аскаридозі, токсокарозі та лямбліозі; мебендазол, левомізол, зентел - при аскаридозі); *жовчогінні препарати* (хепель, галстена); *силікатні ентеросорбенти* (силікс, ентеросгель, атоксіл); *десенсибілізуюча терапія* (цетиризин - зиртек, зодак, цетрин; фексофенадин - телфаст; дезлоратадин - фрібрис, еріус, едем); *заспокійливі м'які седативні препарати* (нотта, фітосед, персен, екстракт валеріани); *антиоксиданти* (тіатріазолін, вітаміни С, А та Е, убіхінон-композитум, коензим-композитум). Тривалість курсу лікування - 2 тижні.

**2 етап:** *протигельмінтна фітотерапія* (екстракт кори мурашиного дерева, екстракт насіння і шкірочки грейпфрута, екстракт листків алое вера, шкірка плодів червоного горіха, насіння гарбуза, екстракт листків тім'яну, насіння подорожника, насіння бавовнику, корінь горичавки, трава піжми звичайної, бутони гвоздики, квіти ромашки, трава золототисячника, корінь алтея, екстракт листя артишоку); при больовому синдромі - *спазмолітики* (дротаверин, папаверин); при подразненні кишечника - *ферменти* (креон, мезим) і *пробіотики* (лактобакт, ентерол, біфіформ, лінекс, сімбіолакт); при посиленні інтоксикації - *антиоксиданти* (тіатріазолін, вітаміни С, А та Е, убіхінон-уомпозитум, коензим-композитум,). Тривалість курсу лікування - 2 місяці.

**3 етап:** *регенерація слизових оболонок ШКТ* (мукоза-композитум); неспецифічні адаптогени (ехінацея-композитум, адаптол); *ліквідація дефіциту вітамінів, мінералів та мікроелементів*. Курс лікування - 10 тижнів.

Терапія, яка проводилась для лікування дітей ГП, обмежувалась застосуванням лише алопатичних препаратів відповідно до виявленої нозології, як і в ОГ: альбендазол (ворміл) - при аскаридозі, токсокарозі та лямбліозі; мебендазол (вермокс), левомізол (декаріс), пірантел памоат - при аскаридозі; орнідазол (мератин) - при лямбліозі.

Ефективність протигельмінтної терапії у дітей обох груп оцінювалась протягом 6 місяців після початку лікування. З метою оцінки ефективності застосованої терапії всім обстежуваним проводили ІФА

**Таблиця 1.** Клінічні прояви гельмінтозів в обстежуваних дітей.

№	Основні клінічні прояви захворювання	Групи дітей			
		ОГ		ГП	
		абс. ч.	%	абс. ч.	%
1.	Дисфункції ШКТ	51	83,6	57	95
1.1.	нестійкі чи неперетравлені випорожнення	27	44,3	31	51,7
1.2.	нааявність в калі "зелені" та слизу	9	14,8	3	5
1.3.	закрепи або схильність до них	24	39,3	24	40
1.4.	метеоризм, бурчання в животі та відрижка	48	78,7	37	61,7
1.5.	нудота, блювання, регургітація	37	60,7	45	75
1.6.	зниження апетиту	33	54,1	41	68,3
1.7.	біль в животі	28	45,9	31	51,7
2.	Астено-невротичний синдром	24	39,3	36	60
2.1.	млявість, підвищена стомлюваність, зниження працездатності	22	36,1	23	38,3
2.2.	роздратованість	21	34,4	19	31,7
2.3.	зниження концентрації уваги та порушення пам'яті	18	29,5	14	23,3
2.4.	порушення засинання	15	24,6	9	15
2.5.	неспокійний сон (скрикування, пробудження, плач, безсоння, жакливі сновидіння)	16	26,2	19	31,7
3.	Алергічні реакції	38	62,3	32	53,3
3.1.	висипка на шкірі та atopічний дерматит	7	11,5	13	21,7
3.2.	прояви харчової алергії	12	19,7	8	13,3
3.3.	ознаки бронхообструкції	4	6,6	3	5

сироватки крові на виявлення специфічних антитіл до та після лікування. При лікуванні відмічали зміну та ступінь вираженості клінічних симптомів гельмінтозів у дітей обох груп у динаміці. Аналіз отриманих результатів показав, що у хворих ОГ вже до кінця першого тижня лікування наступило помітне покращення з боку ШКТ: дисфункції відмічали лише у 10 дітей (16,4%), тоді як у ГП - у 24 (40%). Але слід відзначити, що обстежувані обох груп майже не скаржились на біль в животі, який ще турбував лише 7 дітей (5,8%). Нормалізацію випорожнень за тиждень лікування відмітили у 59% хворих ОГ та у 36,7% - ГП. Діти обох груп (8 - 6,6%) ще скаржились на нудоту, але блювання та регургітації не було.

З боку нервової системи вже до кінця першого тижня в обстежуваних ОГ відсоток ознак астено-невротичного синдрому зменшився з 39,3% до 18%, тоді як у ГП він залишався ще досить високим - з 60% знизився лише до 48,3%.

Зменшення алергічних проявів за перший тиждень лікування відмітили лише у 12,4% обстежуваних обох груп. Зате після закінчення курсу комплексної терапії у 86,8% хворих ОГ повністю зникли алергічні прояви. В той час, як у ГП такий ефект був досягнутий лише у 37,5% дітей.

У 58 (95%) дітей ОГ після закінчення комплексного лікування не було ніяких скарг, які б свідчили про наявність гельмінтів, лише у 2 (3,3%) дітей ефект був неповним. В однієї дитини (1,6%) результат терапії був нестійким, оскільки відбулося реінфікування від домашніх тварин після закінчення курсу лікування. Відсутності ефекту від комплексного лікування гельмінтозу у дітей ОГ ми не спостерігали.

Тоді як обстежувані ГП після проведення алопатич-

ної терапії періодично звертались зі скаргами протягом 6 місяців від початку лікування, які свідчили про неповне видужання 23 дитини (38,3%).

За даними серологічної імунодіагностики методом ІФА у всіх обстежуваних за 6 місяців отримали негативний результат, який свідчив про знищення гельмінтів.

Під час проведення дослідження була відмічена добра переносимість усіх препаратів, які застосовували для лікування гельмінтозів у дітей. Побічних ефектів лікарських засобів не було зареєстровано.

### Висновки та перспективи подальших розробок

1. Результати дослідження підтверджують, що тестування сироватки крові методом ІФА дозволяє підтвердити вид гельмінтозу навіть у ранніх стадіях інвазії (а для аскаридозу та токсокарозу - личинкові стадії), від чого залежить успішність призначеного лікування.

2. Застосування комплексної поетапної терапії відповідно до виду гельмінтозу з включенням не лише етіотропних, а й патогенетичних засобів, має значні переваги в порівнянні з призначенням монотерапії алопатичними препаратами, що дозволяє швидше ліквідувати порушення функцій усіх систем організму та досягти повного і стійкого ефекту від лікування.

3. Запропоновані препарати для комплексної терапії гельмінтозів не викликають побічних дій та добре переносяться дітьми.

Важливо впроваджувати у практику педіатра тестування сироватки крові методом ІФА для підтвердження виду гельмінтозу на ранній стадії інвазії та використовувати в лікуванні поетапну комплексну терапію з урачуванням виду гельмінтозів.

### Список літератури

- |  |  |  |
|--|--|--|
| Бодня Е.И. Новое в диагностике и лечении паразитарных инвазий / Е.И.Бодня // Сучасна гастроентерологія. - 2006. - №6(32). - С. 33-60 | - №1(6). - С. 40-140.  | гельмінтозов у дітей /С.А.Крамарев //Здоровье ребёнка. - 2008. - №4(3). - С. 33-90.                        |
| Ершова И.Б. Лечение гельминтозов у детей /И.Б.Ершова, Г.Г.Бондаренко //Современная педиатрия. - 2005.                                | Ершова И.Б. Паразитарные инвазии в практике врача-педиатра /И.Б.Ершова //Здоровье ребёнка. - 2007. - №2. - С. 123-126. | Щекина Е.Г. Гельминтозы: современный взгляд на проблему /Е.Г.Щекина //Провизор. - 2007. - №12. - С. 23-44. |
|  | Крамарев С.А. Гельминты и аллергия. Современные подходы к лечению  |  |

**Дудник В.М., Изюмец О.И., Моравская О.А., Кондратюк Л.Н., Демченко М.М., Васылык В.С., Чугу Т.В., Крекотень О.М., Королева Н.Д.**

### КЛІНІКО - ДІАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ГЕЛЬМИНТОЗОВ И ОСОБЕННОСТИ ИХ ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ

**Резюме.** Целью исследования был анализ результатов применения метода иммуноферментного анализа (ИФА) в диагностике гельминтозов и выбор их эффективного комплексного лечения. Под наблюдением находился 121 ребёнок в возрасте 2-16 лет, у которых диагностировали аскаридоз, лямблиоз, токсокароз. Диагноз вида гельминтоза подтверждали серологическим тестированием сыворотки крови методом иммуноферментного анализа. Учитывая объем лечебных мероприятий, всех пациентов разделили на две группы. Основную группу составили больные (61 ребенок), которые получали комплексную поэтапную терапию гельминтоза. В группу сравнений вошли больные, которые получали только традиционную аллопатическую терапию (60 детей). Эффективность противоглистной терапии у детей обеих групп оценивалась на протяжении 6 месяцев от начала лечения. Результаты исследования подтверждают, что тестирование сыворотки крови методом ИФА позволяет определить вид гельминтоза даже на ранних стадиях инвазии, от чего зависит успешность лечения. Применение комплексной поэтапной терапии соответственно виду гельминтоза имеет значительные преимущества по сравнению с назначением монотерапии аллопатическими препаратами.

**Ключевые слова:** гельминтозы, дети, алопатическое лечение, комплексное лечение.

**Dudnik V.M., Izyumets O.I., Moravska O.A., Kondratyuk L.N., Demchenko M.M., Vasylyk V.S., Chuga T.V., Krekoten O.M., Korol'ova N.D.**

## CLINICAL - DIAGNOSTIC CRITERIA AND CHARACTERISTICS OF THE TREATMENT OF HELMINTHIASIS IN CHILDREN

**Summary.** The aim of the study was the analysis of the methods of the diagnostic of helminthiasis and the way of its effective treatment. The 121 children at the age of 2-16 years old with diagnostic of ascariasis, lamblia and toxocariasis were under medical observation. The helminthiasis type was confirmed by serological tests of blood serum with immune-enzyme analysis (IEA). According to the number of treatment types all patients were divided into two groups. The main group included the patients (61 children) who received the phased complex helminthiasis therapy. The comparison group included patients who received standard allopathic therapy only (60 children). The effectiveness of the antihelminthic therapy of the children from the both groups had been estimated for six months since the moment of their treatment. The results of the research confirmed that the blood serum tests with the method of IEA allow to determine the helminthiasis type even on the early invasion stages and the most appropriate treatment depends on it. The application of the complex phased therapy accordingly the kind of helminthiasis has the significant advantages comparison with the application of monotherapy with allopathic preparations.

**Key words:** helminthiasis, child, allopathic therapy, appropriate treatment.

Стаття надійшла до редакції 13.12.2012р.

© Константинович Т.В.

УДК: 616.2:616.248:616-009.021.1

**Константинович Т.В.**

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини (Хмельницьке шосе, 96, м. Вінниця, Україна, 21018)

## "ВЕГЕТАТИВНИЙ ПОРТРЕТ" ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

**Резюме.** В статті представлені дані обстеження 207 хворих на бронхіальну астму (БА) та 82 здорових пацієнтів (контрольна група), у яких вивчений стан вегетативних функцій за комплексною методикою Вейна О.М. та співав. (1998). Було встановлено, що у них спостерігається перевага симпатикотонічних впливів у 41,5% та вищий розмах коливань інтегративних бальних показників за об'єктивними та суб'єктивними шкалами, що свідчить про наявність синдрому полісистемної вегетативної дистонії у 78,3% хворих БА проти 14,6% в групі контролю ( $p < 0,001$ ) і є соматогенно обумовленим. Частота психовегетативного синдрому у хворих БА складає 48,5%. Жінки, хворі на БА достовірно частіше висували скарги вегетативного характеру (39,7 балів проти 31,8 у чоловіків) та мали схильність до симпатикотонічних впливів регуляції. встановлена статистично значуща вірогідність відхилень вегетативного тону у бік парасимпатикотонії у чоловіків, що обумовлює формування специфічного типу синдрому бронхіальної обструкції.

**Ключові слова:** бронхіальна астма, вегетативна дисфункція, діагностика.

### Вступ

Вегетативний статус осіб із захворюваннями органів дихання досліджувався в багатьох клінічних та експериментальних роботах [Амосова, Коноплева, 2003], [Белялов, 2007; Бернс, 2003; Зінченко, 2001; Немеров, 2000; Портнова та ін., 2001]. Виявлена наявність поліморфних полісистемних вегетативних розладів (ВР) в популяціях хворих бронхіальною астмою (БА) та хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ). Також встановлений високий ступінь вегетативної лабільності. Мають місце відомості, що вираженість та тяжкість ВР корелює з рівнем функціональних порушень зовнішнього дихання, тривалістю захворювання, характеру та тяжкості загострень [Райский, 1988]. За думкою авторів, у регуляції тону трахеобронхіального дерева, а, відповідно і рівня вираженості синдрому бронхіальної обструкції та бронхіальної гіперреактивності, приймають участь крім тригерів (інфекційних та неінфекційних алергенів), ще й механізми фізіологічного рівня (інтегративні системи мозку, периферичні механізми вегетативно-гуморального регулювання, органний рівень регуляції [Бурчинський, 2002; Сердюк, 2000]. Також беруть участь і механізми психологічної регуляції, включаючи соціальний та емоційний рівні. Причому, спостерігається висока динамічність та

лабільність означених показників, що залежить від багатьох зовнішніх та внутрішніх факторів.

У доступній літературі мають місце досить обмежена кількість досліджень, які висвітлюють питання щодо залежності рівня вегетативної дисфункції та станом психоемоційної сфери, рівня поширеності психоемоційної дисфункції та її особливості у разі різного роду зсувів вегетативної регуляції. Невивченим лишається питання про комплексний вплив вегетативного та психоемоційного дисбалансу на перебіг та наслідки БА.

**Мета роботи** - встановити частку соматопсихічних розладів у хворих на БА на підставі аналізу вегетативних показників.

### Матеріал та методи

Було обстежено 207 хворих на БА (80 (38,6%) чоловіків та 127 (61,4%) жінок), що склали основну групу. Для контролю було обстежено 82 практично здорових особи (27 (32,9%) чоловіків та 55 (67,1%) жінок). Середній вік в групі хворих на БА склав  $(42,1 \pm 0,9)$  роки, коливався від 18 до 69 років. В групі контролю середній вік пацієнтів становив  $(40,5 \pm 1,4)$  років, коливався в межах 18-61 рік.

Діагноз БА встановлювали відповідно вимогам Наказів МОЗ України №128 від 19.03.2007 р. [Наказ МОЗ