УДК 616.995.132.8-053.31

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АСКАРИДОЗА У МЛАДЕНЦА

Д.А. Безрукова, А.А. Джумагазиев, М.В. Богданьянц

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра пропедевтики детских болезней, поликлинической и неотложной педиатрии

Статья описывает клинический случай аскаридоза, осложненного развитием парапроктита, кожной аллергии и синдромом бронхиальной обструкции у трехмесячного ребенка. Диагноз стал очевиден в момент обнаружения гельминта на подгузнике ребенка и проведения макроскопического исследования гельминта и микроскопического исследования кала. Катамнестическое наблюдение после проведенного хирургического лечения парапроктита и противогельминтного лечения проводилось в течение 1 года. Повторных жалоб и обращений в процессе наблюдения не отмечено.

Ключевые слова: дети, младенцы, гельминты, аскариды.

DOI 10.19163/1994-9480-2019-4(72)-123-125

THE CLINICAL CASE OF ASKARIDOSIS IN A BABY

D.A. Bezrukova, A.A. Dzhumagaziev, M.V. Bogdanyants

FSBEI HE «Astrakhan State Medical University» of Public Health Ministry of the Russian Federation, Department of propaedeutics of childhood diseases, outpatient and emergency pediatrics

The article describes the clinical case of ascariasis complicated by the development of paraproctitis, skin allergy, and bronchial obstruction syndrome in a three-month-old baby. The diagnosis became apparent at the time of detection of the roundworm on the baby's diaper and macroscopic research of helminth and microscopic feces. Follow-up observation after surgical treatment of paraproctitis and anthelmintic treatment was carried out for 1 year. Repeated complaints and appeals during the observation process were not noted.

Keywords: children, infants, helminthes, roundworms.

Аскаридоз является вторым по распространенности, после энтеробиоза, значимым гельминтозом. В клинических рекомендациях МЗ РФ «Аскаридоз у детей» отмечено, что официальная статистика не отражает реальности, поскольку население зачастую принимает антигельминтные препараты самостоятельно, минуя врача [2]. Среди заболевших граждан [1, 3] преобладают городские жители (68 %). Отмечается повсеместный рост заболеваемости данной патологией. Согласно Форме № 2 Федерального статистического наблюдения «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях» в Астраханской области за 2018 г. зарегистрировано 23 случая аскаридоза (2,3 на 100 тысяч населения), из них среди детей до 18 лет выявлено 9 случаев (4,1 на 100 тысяч детского населения). По г. Астрахани за 2018 г. всего зарегистрировано 11 случаев (2,2 на 100 тысяч населения), в том числе у детей 4 случая. За 10 месяцев 2019 г. по Астраханской области выявлен 21 случай аскаридоза, в том числе среди детей 10 случаев.

Аскаридоз выявляется у детей Астраханской области ежегодно и на его долю приходится 0,5–0,7 % от числа всех зарегистрированных случаев паразитарной инвазии [4].

Клинические проявления гельминтозов часто неспецифичны и могут иметь различные маски инфекционных и неинфекционных заболеваний, создавая определенные трудности их диагностики, осложняя течение уже имеющихся болезней у детей или являясь основной причиной развития соматической, в большей степени, аллергической патологии, в том числе синдрома бронхиальной обструкции (СБО). В настоящее время определенные изменения происходят в клинике СБО, которая зависит от ведущей роли отдельных этиологических факторов, принимающих участие в процессе формирования гиперреактивности дыхательных путей [5]. Гельминтозы, как правило, имеют семейный характер, вследствие этого обследование и лечение всех членов семьи является первостепенной задачей эффективности эрадикации аскаридоза.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Определить особенности клинической картины и лабораторной диагностики глистной инвазии у детей первого года жизни.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Приводим клинический случай гельминтоза у трехмесячного малыша. Пациент *Я*. 10.10.2017 г.р. (на момент осмотра исполнилось 3 месяца) житель Чеченской Республики консультирован в связи с запорами в течение последних 2 месяцев, выраженным беспокойством, плохим сном, двумя эпизодами бронхиальной обструкции. Ребенок с 2 месяцев находился на искусственном вскармливании смесью «NAN», затем переведен на кисломолочную смесь «Малютка». Из анамнеза известно, что привит был частично (получил только вакцинацию БЦЖ-М в родильном доме). Кожный знак присутствовал. Семейный аллергоанамнез не отягощен. Рожден

от III нормально протекавшей беременности, III срочных родов с массой тела 3800 г, ростом 53 см. Известно, что в семье вместе с родителями проживают еще 2 маленьких ребенка в возрасте двух и четырех лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Эпидемиологический анамнез (со слов матери) спокойный. На приеме вес 6150 г (50–75 центиль), рост 63 см (90–97 центиль). Физическое развитие высокое, гармоничное. Кожные покровы бледные, суховатые, с необильной пятнисто-папулезной эритематозной сыпью в области щек, туловища и конечностей, отеков нет. Зев слегка гиперемирован. Язык обложен белым налетом. Периферические заднешейные лимфатические узлы умеренно увеличены в размере. Глоточные миндалины не увеличены. Носовое дыхание свободное. Перкуторно отмечается ясный легочный звук. ЧДД 30 в мин (в покое). Аускультативно – дыхание пуэрильное, хрипов нет. Область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости не расширены. Систолический шум (1 балл) по левому краю грудины с максимумом во 2–3 межреберье слева от грудины (вероятно, имеется открытое овальное окно), а также вероятен возникающий при анемии так называемый «шум волчка». ЧСС 120 уд./мин. Печень +2 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. В ОАК от 15.12.17 эозинофилы 4 %, гемоглобин 93 г/л, без других сдвигов. При осмотре выявлен подкожный парапроктит. В области анального отверстия под кожей виднелась болезненная опухоль, с покраснением кожи над ней (рис. 1). На подгузнике во время осмотра ребенка обнаружена молодая особь круглого червя, предположительно, аскариды (рис. 2). Ребенок был экстренно отправлен на консультацию к хирургу, прооперирован по поводу парапроктита, послеоперационный период протекал без осложнений.

Рис. 1. Пациент *Я*. 10.10.2017 г.р., болезненная опухоль, с покраснением кожи над ней

Рис. 2. Молодая особь круглого червя

Диагноз аскаридоза подтвердился параллельно, при взятии на исследование особи круглого червя в детском гельминтологическом центре. Макроскопически идентифицирована самка *Ascaris lumbricoides* 170 мм. По назначению врача-гельминтолога ребенок получил 2 курса альбендазола из расчета 15 мг/кг продолжительностью по 5 дней, а также препараты железа по назначению педиатра. Значимых побочных эффектов при дегельминтизации не отмечалось. Вместе с ребенком были пролечены и члены всей семьи. Состояние ребенка улучшилось, стал значительно спокойнее, восстановился сон. Ребенок наблюдался в катамнезе в течение около одного года. Жалоб не отмечалось.

Таким образом, на основании вышеизложенного, был выставлен клинический диагноз: Аскаридоз, типичный, среднетяжелая форма, поздняя фаза, с кишечными (гнойный парапроктит) и внекишечными (токсико-аллергический дерматит, бронхообструктивный синдром, анемия 1 степени смешанного генеза) осложнениями.

Заражение человека происходит при заглатывании инвазивного яйца, содержащего зрелую личинку, в основном, контактно-бытовым путем. В нашем случае младенец был окружен с рождения детьми раннего детского возраста, что способствовало инвазии. Вышедшая из яйца в кишечнике личинка через венозную систему проникает в легкие и через бронхи выползает в глотку и повторно заглатывается со слюной в кишечник, где, спустя 2–3 месяца превращается во взрослую особь. Миграция личинки обычно сопровождается кашлем, развитием бронхита, в анамнезе данного ребенка отмечалось 2 эпизода бронхообструктивного синдрома на первом и втором месяцах жизни. Исходя из цикла развития аскарид, можно предположить, что первоначальная инвазия ребенка произошла вскоре после рождения.

Наличие эозинофилии в общем анализе крови является характерным признаком глистной инвазии. Вместе с тем, значения данного показателя

в нашем случае были в пределах возрастной нормы. При токсической сенсибилизации чужеродными белками, представляющими собой продукт распада самих личинок и продуктов их жизнедеятельности, происходит сенсибилизация организма, что проявляется всевозможными аллергическими реакциями – от кожной сыпи до развития системных анафилактоидных реакций. У данного младенца присутствовала кожная сыпь в виде папуло-пятен, средней степени тяжести, кожный зуд сопровождался выраженным нарушением сна и беспокойством.

В доступной литературе не было найдено источников с осложнением аскаридоза в виде парапроктита. Вместе с тем данное осложнение является весьма логичным при кишечной форме аскаридоза вследствие чрезвычайно маленького возраста пациента и постоянного раздражения нежной слизистой кишечника гельминтами.

Поскольку лечение пациента было амбулаторным вследствие отказа матери от госпитализации, в последующем в каловых массах было трудно отследить наличие погибших особей.

В нашем случае была моноинвазия аскаридами. Чаще всего в клинической практике наблюдается сочетанное поражение круглыми червями, а именно аскаридами и острицами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, данный клинический случай является ярким примером осложненного течения аскаридоза у ребенка грудного возраста, без сопутствующей эозинофилии и лейкоцитоза, с развитием грозного осложнения в виде гнойного парапроктита. Уникальность данного клинического наблюдения состоит в грудном возрасте ребенка, малой настороженности педиатров к глистной инвазии в данной возрастной группе. Эпидемиологическую ситуацию по гельминтозам нельзя считать удовлетворительной. Низкие цифры официальной статистики не отражают действительности. Необходимо повышать настороженность врачей-педиатров и других специалистов к возможности глистной инвазии у детей первого года жизни с целью проведения эффективных профилактических и лечебно-диагностических мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аракельян Р.С. Аскаридоз человека в Астраханской области // Профилактическая медицина как научно-практическая основа сохранения и укрепления здоровья населения. Сборник научных трудов под общей редакцией М.А. Поздняковой. – Нижний Новгород, 2014. – С. 67–70.

2. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации «Аскаридоз у детей». – М., 2014. – 65 с.

3. Моськина О.В., Гузеева Т.М., Моськина Т.С. Факторы передачи геогельминтозов (аскаридоза) в Ханты-Мансийском автономном округе // Auditorium. – 2015. – № 3 (7). – С. 38–43.

4. Паразитозы у детей / Аракельян Р.С., Окунская Е.И., Галимзянов Х.М., Богданьянц М.В., Кимирилова О.Г. и др. // Учебное пособие для студентов. – Астрахань, 2017. – 46 с.

5. Савенкова Н.Д., Джумагазиев А.А., Безрукова Д.А. Рецидивирующий бронхит у детей: состояние проблемы // Астраханский медицинский журнал. – 2014. – Т. 9, № 1. – С. 29–37.

REFERENCES

1. Arakel'jan R.S. Askaridoz cheloveka v Astrahanskoj oblasti [Human ascariasis in the Astrakhan region]. In Profilakticheskaja medicina kak nauchno-prakticheskaja osnova sohranenija i ukreplenija zdorov'ja naselenija. Sbornik nauchnyh trudov pod obshhej redakciej M.A. Pozdnjakovoj [Preventive medicine as a scientific and practical basis for maintaining and strengthening public health. Collection of scientific papers under the general editorship of M.A. Pozdnyakova]. Nizhnij Novgorod, 2014. P. 67–70.

2. Klinicheskie rekomendacii Ministerstva zdravoohranenija Rossijskoj Federacii «Askaridoz u detej» [Clinical recommendations of the Ministry of Health of the Russian Federation «Ascaridosis in children»]. Moscow, 2014. 65 p.

3. Mos'kina O.V., Guzeeva T.M., Mos'kina T.S. Faktory peredachi geogel'mintozov (askaridoza) v Hanty-Mansijskom avtonomnom okruge [Factors of the transmission of geohelminthoses (ascariasis) in the Khanty-Mansi Autonomous Okrug]. *Auditorium*, 2015, no. 3 (7), pp. 38–43. (In Russ.; abstr. in Engl.).

4. Parazitozy u detej [Parasitoses in children]. Arakel'jan R.S., Okunskaja E.I., Galimzjanov H.M., Bogdan'janc M.V., Kimirilova O.G, et al. Uchebnoe posobie dlja studentov. Astrahan', 2017. 46 p.

5. Savenkova N.D., Dzhumagaziev A.A., Bezrukova D.A. Recidivirujushhij bronhit u detej: sostojanie problemy [Recurrent bronchitis in children: state of the problem]. *Astrahanskij medicinskij zhurnal* [Astrakhan medical journal], 2014, vol. 9, no 1, pp. 29–37.

Контактная информация

Безрукова Дина Анваровна – д. м. н., зав. кафедрой пропедевтики детских болезней, поликлинической и неотложной педиатрии, Астраханский государственный медицинский университет, e-mail: dina-bezrukova@mail.ru