

БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

**АНАТОМО-ХІРУРГІЧНІ АСПЕКТИ  
ДИТЯЧОЇ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ**

**МАТЕРІАЛИ**

**3-го НАУКОВОГО СИМПОЗИУМУ**

**За редакцією професора Ю.Т.Ахтемійчука**

**Чернівці, 2012**

|                                                                                                                                                                 |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Решетілова Н.Б., Гузік Н.М., Куліш Н.М. Вікові зміни пропорцій голови людини.....                                                                               | 45 |
| Ринжук Л.В., Нікіфор Л.В., Макаренко Г.М., Рак Л.М., Гресько М.Д. Позаматкова вагітність: клінічний випадок родорозрішення 34-тижневої черевної вагітності..... | 46 |
| Рябий С.І., Гайдич Л.І. Структурна організація м'язових замикачів спільної жовчної протоки в перинатальному періоді онтогенезу.....                             | 48 |
| Слободян О.М. Спосіб визначення критеріїв оцінки перинатального розвитку дванадцятипалої кишки.....                                                             | 49 |
| Слободян О.М., Калинин А.І. Анатомічне дослідження привушно-жувальної ділянки у плодів.....                                                                     | 50 |
| Смірнова Т.В. Розвиток сльозового апарату людини на 7-9 тижнях гестації.....                                                                                    | 50 |
| Хмара Т.В., Стрижаковська Л.О. Мікроскопічна анатомія губчастої частини сечівника і залоз Літтре у плодів людини.....                                           | 51 |
| Цигикало О.В. Метод контрастного епіскопічного тривимірного реконструювання мікроскопічних анатомічних структур.....                                            | 52 |
| Шумко Б.І., Луканьова С.М., Козак М.М. Топографія селезінкової вени у другому триместрі внутрішньоутробного розвитку.....                                       | 53 |
| Ясніковська С.М. Природжені вади шлунково-кишкового тракту в структурі множинних вад.....                                                                       | 53 |

## АНАТОМО-КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ У ДІТЕЙ

|                                                                                                                                                                                                                |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Ахтемійчук Ю.Т., Ольховський В.О. Анатомо-топографічні та органометричні показники шлунка.....                                                                                                                 | 55 |
| Бабій Л.М., Вітріченко О.С., Сазонова О.М., Савицька Є.В. Аномалії розвитку товстої кишки у дітей.....                                                                                                         | 57 |
| Боднар О.Б. Анатомічні особливості клубово-сліпокишкового сегмента при хірургічному лікуванні недостатності ілеоцекального замикального апарату у дітей.....                                                   | 58 |
| Боднар Я.Я., Бутницький Ю.І., Миколенко А.З., Трач Росоловська С.В., Фурдела М.Я., Орел О.С. Морфометричні параметри слизової оболонки дванадцятипалої кишки при НР-асоційованому гастродуоденіті у дітей..... | 59 |
| Габор Г.Г., Боднар Я.Я., Орел Ю.М., Орел М.М. Гістоморфометрична характеристика печінки новонародженого при респіраторному дистрес-синдромі.....                                                               | 60 |
| Захарчук О.І., Кадельник Л.О. Ураження печінки у дітей при токсикарозі.....                                                                                                                                    | 61 |
| Ковальський М.П., Єршов В.Ю. Орієнтовний алгоритм хірургічної тактики при кишкових атрезіях у новонароджених.....                                                                                              | 65 |
| Кузняк Н.Б., Годованець О.І. Особливості клінічного перебігу хронічного катарального гінгівіту в дітей при надлишку нітратів у питній воді.....                                                                | 66 |

## УРАЖЕННЯ ПЕЧІНКИ У ДІТЕЙ ПРИ ТОКСОКАРОЗІ

*О.І.Захарчук, Л.О.Кадельник*

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

Для людини токсокароз – зоонозна інвазія, яка супроводжується тяжким, тривалим і рецидивним перебігом, поліморфізмом клінічних проявів, зумовлених міграцією личинок токсокар по організму [1, 2]. Незважаючи на широке поширення і важливу роль токсокарозу в патології, особливо в дітей, чимало питань, пов'язаних з цим захворюванням, маловідомі [3-6]. Симптоматика токсокарозу досить різноманітна, тому з ним можуть стикнутися лікарі різних спеціальностей (педіатри, терапевти, офтальмологи, гематологи, гастроентерологи, невропатологи). За даними літератури [6, 7], клінічна картина токсокарозу не має специфічних рис і характеризується поліморфістю проявів. Фрагментарність відомостей про ураження печінки у дітей при токсокарозі [7, 8] та висока частота уражень гепатобіліарної системи у пацієнтів, які перебували під нашим спостереженням [9, 10], спонукали до глибшого вивчення даного питання.

**Матеріал і методи.** Сероепідеміологічне обстеження проведено в 131 дитини віком від 0 до 16 років. Всі діти поділені на три групи залежно від місця проживання та віку: 0-3 років, 4-7 років, 8-16 років. У рамках суцільного скринінгового обстеження у всіх дітей з попереднім діагнозом "токсокароз" ретельно аналізували анамнез захворювання, особливий акцент робили на епідеміологічному анамнезі; також вивчали анамнез життя, спадковий анамнез, преморбідний фон та алергологічний анамнез. При зборі епідеміологічного анамнезу з'ясовували місце проживання (місто, сільська місцевість), організованість дитини, наявність тварини в будинку, зокрема собаки, наявність пікапізму (геофагії) у дитини. Проводилося комплексне обстеження, зокрема клінічний огляд, лабораторні та інструментальні дослідження. Лабораторне обстеження включало розгорнутий клінічний аналіз крові; загальний аналіз сечі; біохімічний аналіз крові з визначенням печінкових ферментів АЛТ, АСТ, білірубину та його фракцій, холестерину, лужної фосфатази, амілази; визначення загального білка і білкових фракцій; імунологічні дослідження з визначенням спектра імуноглобулінів, Т-лімфоцитів, В-лімфоцитів, показників фагоцитозу. Вміст імуноглобулінів А, М, G у сироватці визначали методом радіальної імунодифузії за G.Mancini. Число Т- і В-лімфоцитів визначали методами розеткоутворення. Фагоцитарна система оцінювалася за показниками фагоцитарної активності нейтрофілів і фагоцитарного індексу. Кількісне визначення вмісту загальних IgE здійснювали за калібрувальною кривою залежності оптичної щільності від вмісту IgE. Серологічне дослідження на токсокароз здійснювали за допомогою ІФА тест-системи «Триаскар-стрип» АТ "Вектор-Бест", яка дозволяє проводити диференційну діагностику токсокарозу з іншими гельмінтозами і хворобами. При титрах 1:400 і нижче проводили динамічне спостереження та контрольне дослідження сироваток крові в динаміці хвороби. Всім пацієнтам проводили дослідження випорожнень на наявність яєць і личинок (для виключення інших гельмінтозів). Пацієнти обстежені методом ІФА на наявність маркерів

гепатитів – Hbs Ag, Anti HCV. Інструментальні методи дослідження включали УЗД органів черевної порожнини, рентгенологічне дослідження органів грудної порожнини, ЕКГ, електрсенцефалографію, реоенцефалографію, офтальмоскопію. УЗД органів черевної порожнини і доплерографію здійснювали апаратами «Алока-650» та «Лоджик-7». Контингент дітей з максимальними показниками позитивних результатів кваліфікували як групу ризику.

**Результати дослідження та їх аналіз.** До початку етіотропної терапії виявлено 61 (48%) дитину з ураженням печінки, з них 35 (57%) хлопчиків і 26 (43%) дівчаток. Вік дітей з ураженням печінки становив від 6 місяців до 16 років. Частіше ураження печінки трапляється у вікових групах від 6 місяців до 3 років у дівчаток та від 4 до 12 років у хлопчиків, рідко – у віці 13-15 років незалежно від статі. У 23 (38%) дітей реєструвалася геофагія та/або наявність собаки в будинку, у 16 (26%) дітей у будинку є собака, у 14 (23%) виявлялася тільки геофагія. Серед дітей з геофагією і наявністю в будинку собаки число хлопчиків і дівчаток було практично однаковим (12 і 11 відповідно). Дані анамнезу у дітей з ураженням печінки при токсокарозі дозволили припустити, що наявність собаки і геофагії – важливі епідеміологічні чинники, що сприяють масивній інвазії личинками *T.canis* і, як наслідок, більш тяжким ураженням, зокрема й печінки.

Аналіз клінічної картини у хворих на токсокароз з ураженням печінки показав, що частіше виявляються симптоми: гепатомегалія – у 44 (72%) хворих, біль у животі – у 76 (54%); рідше: субфебрилітет – 24 (39%), ураження бронхолегеневої системи – 14 (23%), висипи на шкірі – 13 (21%), лімфаденопатія – 11 (18%), спленомегалія – 10 (16%). Пальпаторно збільшення печінки на 0,5-1 см зафіксовано у 48% дітей, зокрема помірне (+1,5-2 см) – у 9 (20%) дітей, значне (+2,5-3 см) – 7%, понад 3 см – 5%. Статистичним аналізом зазначено, що гепатомегалія обернено пропорційна віку – зі збільшенням віку величина гепатомегалії зменшується. На періодичний біль у животі, непов'язаний з прийомом їжі і часом доби, вказали 33 (54%) дитини. Біль у животі виявлено у дітей всіх вікових груп. Частіше біль у животі виявляється у віці 4-6 і 10-12 років. Субфебрилітет спостерігали у 24 (39%) дітей, частіше у хворих віком 4-6 років (33%) і 10-12 років (29%). Частота субфебрилітету зростає у дітей до 4-6 років, надалі зі збільшенням віку температура знижується, а у віці 10-12 років знову реєструється підвищення частоти прояву даного симптому з подальшим зменшенням зі збільшенням віку. Ураження бронхолегеневої системи виявлено у 14 (23%) дітей, частіше у віковій групі 7-9 років. Шкірні висипання уртикарного типу виявлені у 13 (21%) дітей, частіше у вікових групах 0-3 роки та 4-6 років. Лімфаденопатія спостерігалася в 11 (18%) дітей. Частіше пальпувалися підщелепні, пахвові та пахвинні лімфатичні вузли (діаметром від 1 до 1,5 см). Пальпаторно спленомегалія виявлена у 10 (16%) пацієнтів, яка переважала у віковій групі 1-3 роки. Частота прояву спленомегалії у дітей з ураженням печінки при токсокарозі зменшується зі збільшенням віку; виявлена пряма кореляція цього симптому та віку пацієнтів. Отже, у дітей з ураженням печінки при токсокарозі частіше

трапляються гепатомегалія і біль у животі (72% і 54% дітей відповідно). Частота прояву майже всіх симптомів зменшується зі збільшенням віку, статистично вірогідною є залежність частоти спленомегалії від віку. Виняток становлять лише симптоми ураження бронхолегеневої системи, частота яких спочатку збільшується (до 10-12 років), а потім різко знижується.

До початку протигельмінтної і патогенетичної терапії підвищення лужної фосфатази виявлено у 93% пацієнтів. Диспротеїнемія за рахунок гама-глобулінів виявлена у 85% дітей, еозинофілія – 82%, підвищення АЛТ – 29,5%, лейкоцитоз – 23%, підвищення ШОЕ – 21%, анемія – 16%. У жодного хворого не виявлено порушень пігментного обміну – рівень загального білірубіну та його фракцій не перевищував норми. Показники еозинофілії від 10 до 20% зафіксовані у 19 (38%) дітей, 21-30% – 17 (34%), 31-40% – 4 (8%), 41-50% – 6 (12%), 51-60% – 3 (6%), більше 60 – 1 (2%). При оцінці частоти еозинофілії у дітей різних вікових груп показано, що величина еозинофілії вірогідно зменшується з віком. Лейкоцитоз, ШОЕ, анемія частіше трапляються у віці до 3 років. Частота цих показників зменшується зі збільшенням віку. При порівнянні імунологічних показників у хворих на токсокароз дітей з ураженням печінки і показників дітей контрольної групи встановлено, що у дітей з ураженням печінки вірогідно відрізняються середні показники Ig G, Ig A, ЦК, фагоцитозу, процентного та абсолютного числа лімфоцитів: підвищений вміст ЦК, процентний і абсолютний вміст лімфоцитів, знижений показник фагоцитозу, Ig G і Ig A. Отже, глибоке вивчення епідеміологічного анамнезу, аналіз клінічної картини (гепатомегалія, абдомінальний синдром, субфебрилітет, шкірні висипання, еозинофілія) дозволяють запідозрити у дітей токсокарну інвазію, що є показанням до проведення імуноферментного аналізу з антигеном *T.canis*. У всіх дітей з ураженням печінки показники титрів антитіл до *T.canis* становили від 1:800 до 1:25600, маркери на інші етіологічні агенти, що викликають гепатити, були негативні.

Серед дітей з ураженням печінки при токсокарозі переважали (57%) діти з показником титрів антитіл до токсокарного антигену 1:800 і 1:1600. Високі показники титрів антитіл до *T.canis* (1:12800) частіше спостерігалися серед дівчаток ( $p=0,031$ ). Порівняльний аналіз титрів антитіл до токсокар і прояву бронхолегеневого синдрому або ураження печінки показав, що при значеннях титрів від 1:800 до 1:3200 імовірності прояву бронхолегеневого синдрому або ураження печінки суттєво не відрізняються ( $p=0,797$ ); при значеннях титрів від 1:6400 до 1:25600 імовірності прояву бронхолегеневого синдрому або ураження печінки істотно відрізняються в бік збільшення ураження печінки ( $p=0,0157$ ). Ехографічно гепатомегалію діагностовано у 57% пацієнтів, неоднорідність ехоструктури печінкової тканини – 70%, ущільнення стінок судин печінки – 48%, спленомегалію – 16%, порушення співвідношення часток – 13%, кругле вогнище просвітлення печінки з чіткими контурами – 7%, нижній правий кут печінки закруглений – 7%. В 11% дітей виявлено трифазний тип кровотоку при дуплексному дослідженні. Оцінка статистичних характеристик величини гепатомегалії, за даними УЗД, залежно від віку показала, що даний клінічний параметр обернено пропорційний

віку, зі збільшенням віку величина гепатомегалії зменшується (критерій Спірмана статистично значущий  $R=765$  при  $p=0,000$ , що  $< 0,05$ ). Виходячи з одержаних даних, можна вважати, що показники змін ехографічної картини печінки у дітей, хворих на токсокароз, зменшуються з віком. Статистично вірогідний коефіцієнт кореляції Спірмана ( $R=0,9$  при  $p=0,003$ ;  $R=0,894$  при  $p=0,04$ ;  $R=0,949$  при  $p=0,013$ ) підтверджує цю залежність для параметрів – гепатомегалія, ущільнення стінок судин, вогнищеве просвітлення. Показники неоднорідності ехоструктури, порушення співвідношення часток, заокруглення правого кута мають тенденцію до зменшення з віком ( $p>0,05$ ). Отже, комплексне дослідження вказує, що одним з провідних синдромів, що виникають у хворих дітей на токсокароз, є ураження печінки.

**Висновки.** 1. Ураження гепатобіліарної системи у дітей при токсокарозі є одним з провідних патологічних синдромів. 2. У дітей спостерігається чітка залежність ураження печінки при токсокарозі від регіону проживання, клімато-географічних умов, віку, статі, звички пікацизму тощо. 3. Епідеміологічна настороженість щодо токсокарозу у дитячого населення потребує проведення послідовного комплексу клініко-епідеміологічних та санітарно-ветеринарних заходів. 4. При всіх випадках виявленого ураження печінки у дітей необхідно проводити поглиблені клініко-імунологічні та епідеміологічні обстеження, а при потребі й специфічну профілактику та лікування токсокарозою інвазії.

**Література.** 1. Беляева Т.В. Токсокароз / Т.В.Беляева, М.М.Антонов // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. – 2004. – № 2. – С. 52-54. 2. Visceral larva migrans associated with earthworm ingestion: clinical evolution in an adolescent patient / A.Cianferoni, L.Schneider, P.M.Santz [et al.] // Pediatrics. – 2006. – Vol. 177, № 2. – P. 336-339. 3. Захарчук О.І. Сероураження на токсокароз дітей, які проживають у різних клімато-географічних зонах Буковини / О.І.Захарчук // Бук. мед. вісник. – 2010. – Т. 14, № 4. – С. 32-35. 4. Захарчук О.І. Токсокароз у дітей грудного віку / О.І.Захарчук, К.І.Бодня // Труднощі діагностики і терапії інф. хвороб: матер. наук.-прак. конф. і пленуму Асоціації інфекціоністів України (19-20 травня 2011 р., м. Суми). – Тернопіль: Укрмедкнига, 2011. – С. 103-105. 5. Захарчук О.І. Ураження токсокарозом дитячого населення в різних природно-кліматичних зонах Чернівецької області / О.І.Захарчук // Поєднані інф. та паразитарні хвороби: матер. конгр. до 122-річчя від народж. акад. Л.В.Громашевського (8-9 жовтня 2009 р., м. Чернівці). – Тернопіль: Укрмедкнига, 2009. – С. 93-95. 6. Токсокароз у дітей / Л.В.Глазунова, Р.Г.Артамонов, Е.Г.Бекташянц [и др.] // Леч. дело. – 2008. – № 1. – С. 69-73. 7. Замазий Т.Н. Особенности эпидемиологии и клинического течения токсокароза в современных условиях / Т.Н.Замазий, О.А.Здор // Междунар. мед. ж. – 2005. – № 1. – С. 133-138. 8. Бодня Е.И. Роль паразитарных инвазий в развитии патологии органов пищеварения / Е.И.Бодня // Суч. гастроентерол. – 2006. – № 3. – С. 56-62. 9. Захарчук А.И. Факторы, определяющие возможность заражения токсокарозом в Черновицкой области / А.И.Захарчук // Междунар. мед. ж. – 2009. – Спец. вып. – С. 44-46. 10. Захарчук О.І. Епідеміологічна небезпека паразитарного забруднення токсокарами на Буковині / О.І.Захарчук // Клін. та експер. патол. – 2010. – Т. IX, № 2. – С. 141-145.