

## КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТОКСОПЛАЗМОЗА У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»<sup>1</sup>,  
Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья<sup>2</sup>

---

*В статье приведены результаты ретроспективного анализа 21 истории болезни детей с установленным диагнозом токсоплазменной инфекции. Отражены основные клинические проявления врожденного и приобретенного токсоплазмоза и тенденции лабораторных изменений у детей с различными формами течения токсоплазмоза.*

**Ключевые слова:** токсоплазмоз, дети, диагностика.

**N.V. Galkevich, O.Yu. Mlyavaya, A.L. Vedenkov**

### **KLINIKO-LABORATORNAYA THE TOXOPLASMOSIS CHARACTERISTIC AT CHILDREN AT THE PRESENT STAGE**

*Results of the retrospective analysis of 21 clinical records of children are given in article with the established diagnosis of a toksoplazmenny infection. The main clinical manifestations of the congenital and acquired toxoplasmosis and tendency of laboratory changes at children with various forms of a course of toxoplasmosis are reflected.*

**Key words:** toxoplasmosis, children, diagnostics.

---

**Т**оксоплазмоз – это паразитарное инфекционно-воспалительное заболевание с хронически-рецидивирующим течением, которое развивается в результате инфицирования организма *Toxoplasma gondii*. Актуальность проблемы токсоплазмоза определяется высоким уровнем инфицированности населения паразитом *Toxoplasma gondii* во всем мире. В то же время диагноз токсоплазменной инфекции выставляется довольно редко. Т.И. Долгих [2] указывает, что инфицированность населения по данным серологических тестов, составляет от 10-37% в возрасте от 7 до 20 лет до 60-80% к возрасту 50-60 лет. Украинские исследователи считают, что уровень инфицирования населения составляет от 5-10% до

80-90% случаев и зависит от социальных условий и в значительной степени пищевых традиций [4]. В Республике Беларусь ежегодно от 50 до 71 тысяч человек, обследованных на предмет выявления токсоплазмоза, оказываются серопозитивными, в 2012 году – 71712. Из них только у 311 (0,43%) выявлены иммуноглобулины класса Ig M. При этом диагноз токсоплазмоза выставлен в 7 случаях [3]. Такая ситуация может быть объяснена выраженным клиническим полиморфизмом и низкой настороженностью медицинских работников в отношении токсоплазмоза, часто латентным течением инфекции. Чаще всего на выявление этой инфекции настроены врачи-акушеры-гинекологи, которые наблюдают беременных, и вра-

чи-неонатологи, наблюдающие ребенка с проявлениями внутриутробной инфекции. Существует единое мнение об угрожаемом влиянии на беременность острой формы токсоплазмоза. При часто встречающемся у беременных инвазивном течении инфекции поражение плода происходит с такой же частотой, как и при манифестном токсоплазмозе. До настоящего времени остается дискуссионным вопрос о возможности поражения плода при хроническом токсоплазмозе [1,2]. Клинические проявления токсоплазмоза в значительной степени связаны с состоянием иммунной системы макроорганизма и могут варьировать от латентных (субклинических) до септических (крайне тяжелых) форм [6,7]. В последнее десятилетие в связи с повсеместным ростом вторичных иммунодефицитов, в том числе ВИЧ-инфекции, проблема токсоплазмоза приобрела особую медико-социальную значимость. Развиваясь в организме с выраженным иммунодефицитом, токсоплазмоз формирует тяжелую патологию с возможным летальным исходом. Кроме того, актуальность проблемы токсоплазмоза заключается в ограниченности методов подтверждения связи наличия в организме человека токсоплазм с имеющимися клиническими проявлениями и невозможности добиться полноценной санации макроорганизма с помощью известных сегодня методов терапии (антибиотики, химиопрепараты) [4,5]. Рекомендуются для лечения острого токсоплазмоза препараты пириметамина не зарегистрированы в Республике Беларусь, что ограничивает лечебную практику.

**Целью** данного исследования явился анализ клинико-лабораторного течения токсоплазменной инфекции у детей на современном этапе.

**Материалы и методы.** Проведен анализ 25 историй болезни /карт амбулаторного больного детей в возрасте от 1 мес до 18 лет с подтвержденным диагнозом токсоплазмоза, получавших лечение в отделениях и/или находившихся под диспансерным наблюдением в консультативно-диагностическом кабинете УЗ ГДИКБ г. Минска и РН-ПЦ кардиологии за период с 2007 по 2013 гг. Все дети в зависимости от клинической формы токсоплазмоза были разделены на 2-е группы: первую группу составили 7 детей с врожденным токсоплазмозом, вторую группу – 18 детей с приобретенным токсоплазмозом. Критериями включения пациентов в исследование было присутствие сведений о положительных результатах серологических (ИФА) и/или молекулярно-генетических (ПЦР) тестов на наличие токсоплазмоза. Осуществлялась оценка клинических симптомов, анализ показателей общего анализа крови (ОАК), биохимического анализа крови, иммунограммы, данных УЗИ различных систем и органов, РКТ головного мозга, данных осмотра узкими специалистами (невролог, офтальмолог) в динамике.

**Результаты и обсуждение.** При проведении анализа клинической картины пациентов обеих групп отмечался характерный для данного заболевания полиморфизм проявлений, обусловленный пантропизмом возбудителя.

В 1-й группе детей с врожденным токсоплазмозом (от 2 мес до 1 года) у шести (86%) отмечалось первично-хроническое, и лишь у одного ребенка (14%) – острое течение инфекции.

У трех детей с первично-хроническим течением токсоплазмоза ведущими по тяжести в клинике были поражения ЦНС: гидроцефальный синдром (75%), множественные кальцинаты головного мозга (50%), кистозная

трансформация головного мозга (25%), спастический тетрапарез (25%). У ребенка с острым течением врожденного токсоплазмоза поражение головного мозга наблюдалось от выраженного гидроцефального синдрома в начале заболевания с размером большого родничка 5,5 см x 5,5 см и расхождением швов черепа до постепенного (за 3 месяца) уменьшения размеров большого родничка до 0,5 см x 0,5 см и захождением костей черепа друг на друга вследствие атрофии мозговой ткани.

У трех детей наблюдались врожденные пороки сердца, несовместимые с жизнью, диагноз токсоплазмоза был выставлен на основании исследования крови ПЦР – методом.

Со стороны других органов и систем были выявлены поражения глаз в виде центрального хориоретинита (43%), диссеминированного хориоретинита (14%), периферического хориоретинита (14%). При осмотре новорожденного обращало на себя внимание значительное отставание в нервно-психическом и физическом развитии большинства детей.

Во 2-й группе детей с приобретенным токсоплазмозом (от 11 мес до 18 лет) встречались все варианты течения инфекции: в 60% случаях – острое, в 37% – хроническое и в 3% – латентное. Среди направительных диагнозов у пациентов с приобретенным токсоплазмозом встречались: лимфаденит различной природы (8 детей), хориоретинит неустановленной этиологии (3 ребенка), длительный субфебрилитет (4 ребенка), ЦМВ-инфекция (1 ребенок), увеит неустановленной этиологии (1 ребенок), гемангиоматоз печени и кожных покровов (1 ребенок). У детей с приобретенным токсоплазмозом клиническая картина была представлена поражениями глаз в виде хориоретинита (38%), лимфаденитом (47%), гепатомегалией и спленомегалией (23%), изменениями в сердечно-сосудистой системе (31%). У некоторых больных (23%) первым признаком заболевания был субфебрилитет длительностью от 1 до 18 месяцев.

У одного ребенка без каких-либо клинических проявлений токсоплазмоз был выявлен при обследовании для планируемой трансплантации по поводу гемангиоматоза с поражением кожи и печени (выставлен диагноз скрытого (первичного) латентного токсоплазмоза).

Изменения в общем анализе крови отмечались у 50% детей из 1-й группы в виде нейтрофилии без сдвига лейкоцитарной формулы, и у 62% детей из 2-й группы в виде длительного лимфоцитоза (до 63%). У 23% детей из обеих групп выявлена анемия (уровень гемоглобина 97,2-117 г/л), у 2-х детей – тромбоцитопения (92-108\*10<sup>6</sup>/л). При оценке биохимического анализа крови отмечалось повышение ряда показателей выше возрастных норм: в 42% случаев аспартатаминотрансферазы и лактатдегидрогеназы, щелочной фосфатазы (18%), а также в единичных случаях гаммаглутамилтранспептидазы, общего билирубина, креатинкиназы и креатинкиназы-МВ. Пяти детям было проведено иммунологическое исследование крови, все полученные иммунограммы характеризовались снижением количества Т-лимфоцитов Е-РОК, снижением фагоцитарного индекса, снижением спонтанного и стимулированного индекса активности нейтрофилов (НСТ-теста).

По данным УЗИ органов брюшной полости у 48% детей отмечались изменения в виде реактивного состояния сосудов печени, селезенки, поджелудочной железы, умеренных диффузных изменений в паренхиме почек,

гепатоспленомегалии, реактивного мезаденита. Патологические изменения на ЭКГ обнаружены у 53% исследуемых и характеризовались разнообразием и неспецифичностью: тахи- и брадикардия, диффузные изменения в миокарде левого желудочка, феномен укороченного интервала PQ, синдром наджелудочкового гребешка, нарушение проводимости по правой ножке пучка Гиса, гипертрофия правого желудочка. На Эхо-КГ у детей из 1-й группы с врожденным токсоплазмозом у 3-х из 4-х детей обнаружены ВПС, в одном случае в сочетании с малыми аномалиями сердца (дополнительная хорда левого желудочка и пролапс трикуспидального клапана).

Таким образом, современное течение токсоплазменной инфекции у детей характеризуется преобладанием острых форм, что связано с первичным инфицированием и функциональной незрелостью иммунной системы лиц младшего возраста.

На основании проведенных исследований выявлено, что течение паразитарного процесса при токсоплазмозе может варьировать от бессимптомного паразитоносительства, не требующего медикаментозного вмешательства, до манифестных форм с поражением различных органов и систем. Наиболее частыми «масками» токсоплазмоза у детей являются лимфаденопатия, длительный субфебрилитет, различные поражение органов зрения. Таким образом, выраженный полиморфизм клинико-ла-

бораторных проявлений и отсутствие специфических признаков токсоплазменной инфекции у детей требует внимательного подхода к дифференциальной диагностике токсоплазмоза.

### Литература

1. Авдеева, М. Г. Современное течение и особенности диагностики острого приобретенного токсоплазмоза / М. Г. Авдеева, А. А. Кончакова // Инфекционные болезни. 2012. – № 3. – С. 63-66.
2. Долгих, Т.И. Современный подход к диагностике и лечению токсоплазмоза: пособие для врачей – Омск: 2005. – 45 с.
3. Информационный бюллетень за 2012 г. «Гельминтозы, протозоозы, трансмиссивные зоонозные и заразные кожные заболевания в Республике Беларусь» - ГУ «Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здравоохранения» МЗ РБ
4. Перфилов, А.П. Врожденный токсоплазмоз у детей / А.П. Перфилов, Т.И. Померанцева, О.В. Скоробогатова // Украинский медицинский альманах. – 2008. – Т.11. - № 3. – С.122-125
5. Токсоплазмоз: пособие для врачей / Е. Л. Красавцев, В. М. Мицура. – Гомель: УО ГГМУ, 2009. – 30 с.
6. Учайкин, В. Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей.: учеб.-метод. пособие / В. Ф. Учайкин. – М.: «ГЭОТАР-МЕД», 2002. – 824 с.
7. Dubey, J. P. *Toxoplasma gondii* / JP Dubey // BMJ. 2000. – Vol. 322. – P. 142-147.

Поступила 16.07.2013