

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ЛЯМБЛИОЗА У ДЕТЕЙ**Ш. М. Ибатова, Н. Б. Абдукадилова, Ф. А. Ачилова**

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: лямблиоз, дети, клинические проявления, копрограмма.**Таянч сўзлар:** лямблиоз, болалар, клиник кўринишлари, копрограмма.**Key words:** giardiasis, children, clinical equipment, coprogram.

У обследуемых нами больных выделены латентная, субклиническая и клиническая формы лямблиоза. При латентной форме дети жалоб не предъявляли, цистовыделение колебалось в среднем 0,6 цист в поле зрения. При субклинической и клинической форме наблюдались боли в животе и синдром диспепсии. Цистовыделение при субклинической форме составляло 1,5 цист в поле зрения. При клинической форме лямблиоза клиническая картина была наиболее выражена, цистовыделение в среднем составляло 2,5 цист в поле зрения. Выделяя латентную, субклиническую и клиническую формы лямблиоза назначена соответствующая диета и противоязвенная медикаментозная терапия.

БОЛАЛАРДА ЛЯМБЛИОЗНИНГ КЛИНИК ВАРИАНТЛАРИНИНГ БАЪЗИ ХУСУСИЯТЛАРИ**Ш. М. Ибатова, Н. Б. Абдукадилова, Ф. А. Ачилова**

Самарканд давлат тиббиёт университети, Самарканд, Ўзбекистон

Биз томонидан текширилган беморларда лямблиознинг латент, субклиник ва клиник шакллари аниқланди. Латент шаклида болалар шикоят қилмасдилар, цисто ажратиш 0,6 тагача кўз майдонида аниқланди. Субклиник ва клиник кечишида қоринда оғриқ ва диспепсия синдромлари кўзатилиди. Цисто ажратиш субклиник шаклда 1,5 та циста кўз майдонида. Лямблиознинг клиник шаклда касалликнинг симптоматик кечиши энг юқори намоён бўлади ва цисто ажратиш 2,5 циста кўз майдонида аниқланган. Лямблиознинг латент, субклиник ва клиник шакллари тақдирлаш, тегишли парҳез ва лямблиозга қарши дори-дармон терапияси буюрилади.

SOME FEATURES OF CLINICAL VARIANTS OF GIARDIASIS IN CHILDREN**Sh. M. Ibatova, N. B. Abdukadirova, F. A. Achilova**

Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

In the patients examined by us, a latent, subclinical and clinical form of giardiasis was identified. In the latent form, the children did not complain, cyst secretion fluctuated on average 0.6 cysts per field of view. In the subclinical and clinical form, abdominal pain, dyspepsia syndrome were observed. Cyst secretion in the subclinical form was 1.5 cysts per field of view. In the clinical form of giardiasis, the clinical picture was most pronounced, cystic discharge averaged 2.5 cysts per field of view. Highlighting the latent, subclinical and clinical form of giardiasis, an appropriate diet and anti-giardia drug therapy were prescribed.

Актуальность. Лямблиоз является одной из самых распространенных глистных инвазий во всем мире. Данная патология, по данным Всемирной Организации Здравоохранения во всем мире регистрируется более чем у 500 млн. человек в год [1,4,8]. В тот момент, когда лямблии попадают в желудочно-кишечный тракт человека, они начинают размножаться в тонкой кишке, что приводит к раздражению ее слизистой оболочки. Когда же они оказываются в толстой кишке, то теряют подвижность и становятся цистами, выделяясь из организма с испражнениями.

Клинические проявления лямблиоза разнообразны, но часто преобладают поражения желудочно-кишечного тракта, что связано с локализацией паразитов в двенадцатиперстной и тощей кишке [2,5,10]. Наряду с тяжелыми клиническими проявлениями лямблиоза описываются и латентные формы. Выделение лямблий без клинических проявлений часто используется в качестве аргумента для оценки данного состояния как здорового носительства простейших. Однако, по мере накопления данных о морфологических изменениях микроворсинок эпителиальных клеток кишки при глистной инвазии, а также иммунологических сдвигах в организме при лямблиозе, становится очевидной возможность патогенного их воздействия даже при бессимптомном носительстве [3,6]. Исследования, проведенные у лямблионосителей, выявляли как функциональные, так и морфологические изменения [5,7,9]. Так, при гистохимическом исследовании слизистой оболочки тонкой кишки у детей, выделяющих лямблий и не имеющих клинических проявлений, при эндоскопических и гистологических исследованиях биоптатов слизистой оболочки выявлялись очаговая или распространенная гиперемия, у 74% обследованных отёк

слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки. Следует отметить, что изучение клинических проявлений лямблиоза является актуальным и для нашего региона.

Цель работы. Изучить особенности клинических вариантов лямблиоза у детей.

Материалы и методы. Нами было обследовано 36 детей с латентной, 78 детей—с субклинической и 62—с клинической формой лямблиоза. Обследование детей проводилось в Самаркандском многопрофильном детском медицинском центре. Возраст детей составил от 3 до 18 лет. Диагностика лямблиоза основывалась на жалобах, анамнезе, клинических проявлениях лямблиоза, а также на расширенной копрограмме и определении простейших в кале проводилось методом формалин-эфирного обогащения. Кроме того, был использован метод ориентировочного подсчёта интенсивности выделения лямблий. Методика исследования кала проводилась традиционным методом.

Результаты и их обсуждение. На основании проведенных исследований мы выделили латентную, субклиническую и клиническую формы лямблиоза. Среди различных форм лямблиоза особое место занимала ее бессимптомная форма. Под нашим наблюдением находилось 36 детей с латентной формой. Наблюдаемые дети жалоб не предъявляли, а при общеклиническом исследовании патологии не было выявлено. Физическое развитие больных соответствовало их возрасту. У этих детей цистовыделение колебалось от 0,5 до 0,7 и в среднем составило 0,6 цист в поле зрения. При субклинической форме лямблиоза, к которой нами отнесено 78 детей, наиболее часто наблюдались нерезко выраженные боли в животе (у 66 из 78-84,6%), синдром «кишечной» (у 52-66,7%) и реже «желудочной» (у 25-32,1%) диспепсий. Такая симптоматика, в общем, типична для лямблиоза и объясняется тем, что приводит к развитию дуоденита и энтерита. Об этом свидетельствуют и особенности локализации болей в животе при пальпации (табл. 1).

Таблица 1.

Обстоятельства происхождения переломов.

Punctum maximum боли	Число детей
Подложечкой	6 (7,6%)
В пилородуоденальной области	28 (35,8%)
Околопупочная область	7 (8,9%)
Подложечкой + пилородуоденальная области	19 (24,3%)
Подложечкой +правое подреберье	2 (2,5%)
Подложечкой+область угла Трейтца	2 (2,5%)
Подложечкой+по ходу толстого кишечника	1 (1,2%)
Подложечкой+левая повздошная области	1 (1,2%)

Как видно из таблицы 1 при субклинической форме лямблиоза боли в животе при пальпации в основном локализовались в пилородуоденальной (35,8%) и подложечкой + пилородуоденальной зонах (24,3%), что свойственно дуодениту (49,5%). Реже боли отмечались около пупка (8,9%) и у 6 детей в подложечкой области. У наблюдаемых нами детей боли были поздними, возникали натощак или появлялись через 1-2 часа после еды. Боли, как правило, были тянущие и тупые. Лишь у 3 детей из 78 (3,8%) отмечался Мойнигановский ритм болей (боль-еда-облегчение).

Наряду с нерезко, выраженным болевым синдромом у наблюдавшихся нами детей с субклинической формой были диспептические явления. У 11 из 78 детей наиболее часто отмечалась тошнота (14,1%), которая свойственна повышению давления в двенадцатиперстной кишке с одновременным снижением градиента давления между желудком и двенадцатиперстной кишкой. У 8 больных отрыжка (10,2%), в генезе которой определенное значение придается повышению давления в полости желудка вследствие усиления его тонуса или спазма привратника. И лишь у 2-х больных отмечалась рвота и изжога. Только у 2-х больных отмечено снижение аппетита. Наряду с признаками так называемой «желудочной» диспепсии у детей в 2 раза чаще наблюдались симптомы «кишечной» диспепсии. Среди последних наиболее часто (у 38 из 78 больных – 48,7%) наблюдался неустойчивый стул. У этих детей чаще также отмечался жидкий стул, кал был гомогенным светло-жёлтой окраски без патологических примесей. Только 6 (7,6%) больных страдали метеоризмом, у них отмечались запоры, а у 2 больных (2,5%) определялось урчание в животе. У 3 больных (3,8%) нижний край печени выступал по передней

аксиллярной и среднеключичной линии на 4 см и при пальпации был слегка болезненный. Эти дети перенесли год назад вирусный гепатит. Физическое развитие детей с субклинической формой лямблиоза оценивали методом центильных таблиц. Масса тела у детей с субклинической формой лямблиоза чаще была средней (у 64 из 78- 82%), а ниже средней у 8 из 78 (10,2%), выше средней у 4 из 78 (5,1%) детей. Бледность кожи отмечена лишь у одного ребенка (1,2%). Костная система, органы дыхания, сердечно-сосудистая система у больных с субклинической формой лямблиоза не были изменены. Двое детей жаловались на головные боли и четверо на раздражительность. Цистовыделение при субклинической форме колебалось от 0,7 до 2,2 и в среднем составляло 1,5 цист в поле зрения.

Под нашим наблюдением находилось 62 больных с клинически выраженной формой лямблиоза в возрасте от 3 до 15 лет. По сравнению с субклинической формой у больных этой группы наблюдались более интенсивные боли в животе, проявления «желудочной» и «кишечной» диспепсии. Кроме того, у некоторых больных была относительно низкая масса тела и отставание в росте, что свидетельствовало в пользу нарушения всасывания пищевых веществ. Интерес представляла максимальная локализация боли при пальпации живота (табл. 2)

Таблица 2.

Punctum maximum боли в животе при клинической форме лямблиоза.

Punctum maximum боли	Число детей
Подложечкой	8 (12,9%)
В пилорoduоденальной области	30 (48,3%)
Околопупочная область	9 (14,5%)
Подложечкой + пилорoduоденальная области	12 (19,3%)
Подложечкой + правое подреберье	2 (3,2%)
Подложечкой + область угла Трейтца	- (0%)
Подложечкой + по ходу толстого кишечника	1 (1,6%)
Подложечкой + левая повздошная области	- (0%)

Как видно из таб. 2, наиболее часто максимум боли при пальпации живота у детей с клинической формой лямблиоза локализовались в пилорoduоденальной и подложечкой + пилорoduоденальной области (у 42 из 62 детей – 67,7%), что также свойственно поражению двенадцатиперстной кишки. У больных с клинической формой лямблиоза были поздние боли, появляющиеся натощак или через 1-2 часа после еды. Хотя боли были тупыми, они были более продолжительными, чем при субклинической форме [7]. Мойнигановский же ритм болей отмечался лишь у 5 из 62 (8%) больных. Значительно чаще, чем при субклинической форме наблюдались проявления «желудочной» диспепсии. Так, тошнота была у 18 из 62 (29%) детей, отрыжка—у 11 (17,7%), изжога—у 6 (9,6%). У 26 детей отмечалось снижение аппетита. Энтеральный синдром был более выраженным. Так, у 55 из 62 (88,7%) детей стул был неустойчивый. У 6 (9,6%) метеоризм и у 3 (4,8%) урчание в животе. При копрологическом исследовании в испражнениях обнаруживались лейкоциты, эпителиальные клетки, кристаллы жирных кислот. У 17 из 62 (27,4%) стул жидкий, с наличием мышечных волокон, соединительной ткани, растительной клетчатки (дуоденальный синдром) [8]. У 28 из 62 (45,2%) больных испражнения жидкие, обильные желто-серого цвета, мазевидные. При исследовании определялись нейтральные жиры, крахмальные зерна, мышечные волокна, что характерно для панкреатической недостаточности. Лишь у 2 из 62 (3,2%) в кале была слизь. У 13 из 62 (20,9%) детей с клинической формой лямблиоза нами выявлено увеличение печени. Из анамнеза известно, что эти дети перенесли ранее вирусный гепатит. Средней масса тела была у 37 из 62 детей (59,7%), ниже средней у 17 (27,4%), а у 7 низкой (11,2%). Естественно, что при клинической форме лямблиоза чаще (у 24 из 62 -38,7%) отмечалось дисгармоничное развитие (разность коридоров 2 интервала). Бледность кожи отмечена у 41 из 62 (66,1%), а у 2 больных (3,2%) на туловище, груди, животе отмечалась крупнопятнистая сыпь аллергического характера (типа крапивницы). Со стороны костной системы и органов дыхания у исследуемых нами больных патологии не выявлено. У 3 из 62 (4,8%) детей прослушивался нежный

систолический шум на верхушке сердца функционального характера. Границы относительной тупости в пределах возрастной нормы. Кроме того, больные часто жаловались на слабость (11 из 62 – 17,7%), раздражительность (18 детей – 29%), реже нарушения сна и головную боль. При клинически выраженной форме лямблиоза цистовыделение колебалось от 2,2 до 2,8, в среднем составляя 2,5 цист в поле зрения.

Выводы. Таким образом, клинические проявления лямблиоза у детей характеризуются многообразием – от чистого лямблионосительства до тяжелых форм. Клинически целесообразно выделять латентную, субклиническую и клиническую форму лямблиоза, т.к. наряду с единой противоямблиозной медикаментозной терапией, требуется диетолечение.

Использованная литература:

1. Бандурина Т.Ю., Самарина В.Н. Лямблиоз у детей. С-Пб.-2012. 40 с.
2. Зрячкин И.И., Цена Ю.С., Гроздова Т.Ю. Лямблиоз у детей. Саратов, ГМУ.- 2012. 24 с.
3. Ибатова Ш.М., Маматкулова Ф.Х., Гаффарова М.Т., Джалолова Ш.А. Комплексная терапия лямблиоза у детей. Журнал Новый день в медицине. №6 (44) 2022. С.128-132.
4. Ш. М. Ибатова, Д. С. Исламова, Ф. Х. Маматкулова Особенности клинических проявлений лямблиоза у детей // Вестник врача, № 1 (102), 2022. С.36-39. DOI: 10.38095/2181-466X-20221021-36-39.
5. Рамазанова А.Б., Ибатова Ш.М., Абдукадилова Н.Б. Варианты клинических проявлений лямблиоза у детей. Международный научный журнал «Проблемы биологии и медицины». Самарканд, 2021, №1.1 (126), - С.342-344.
6. Сергиев В.П., Лобзин Ю.В., Козлов С.С. Паразитарные болезни человека.//СПб.- 2018.- С. 124-131.
7. Sh.M Ibatova, F. Kh. Mamatkulova, D. Kh. Mamatkulova, N.E Ruzikulov, F.P. Abdurasulov. Study of the Clinical Features of Giambliasis in Children. American Journal of Medicine and Medical Sciences 2022, 12(7): 711-714.
8. Ibatova Sh.M., Islamova D.S. Complex therapy of giambliasis in children. Web of Scientist: International Scientific Research Journal. Volume 3, Issue 5, May, 2022. Том. 3 № 5 (2022) P. 839-843.
9. Ibatova Sh.M., Mukhamadiev N.Q., Abdurasulov F.P. Clinical manifestations of giambliasis in children. Central Asian Journal of Medical and Natural Sciences. Volume: 03 Issue: 02. Mar-Apr 2022. P. 306-308.
10. Ibatova Sh.M., Mamatkulova F.Kh. Mamatkulova D.Kh. Giardiasis in Children. International Journal of Medical Science and Clinical Research Studies. Volume 02 Issue 03 March 2022 P.251-253.