

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЛЯМБЛИОЗА У ДЕТЕЙ****Ш. М. Ибатова, Д. С. Исламова, Ф. Х. Маматкулова**

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

**Ключевые слова:** больные, лямблиоз, исследования, клиника, копрограмма.**Таянч сўзлар:** беморлар, лямблиоз, тадқиқотлар, клиника, копрограмма.**Key words:** patients, lambliaosis, research, clinic, coprogram.

Нами исследованы больные с латентной, субклинической и клинической формами лямблиоза. Мы разделили латентную, субклиническую и клиническую формы лямблиоза. Дети с латентной формой заболевания жалоб не предъявляли. При субклинической и клинической формах лямблиоза наблюдались боли в области живота, синдром кишечной и желудочной диспепсии. При лямблиозе детям назначают диетическую и медикаментозную терапию.

**БОЛАЛАРДА ЛЯМБЛИОЗ КЛИНИК КЎРИНИШИ ХУСУСИЯТЛАРИ****Ш. М. Ибатова, Д. С. Исламова, Ф. Х. Маматкулова**

Самарканд давлат тиббиёт университети, Самарканд, Ўзбекистон

Биз лямблиознинг яширин, субклиник ва клиник шакллари билан оғриган беморларни ўргандик. Лямблиознинг яширин, субклиник ва клиник шакллари ажратдик. Касалликнинг яширин шакли бўлган болаларда ҳеч қандай шикоятлар кузатилмади. Субклиник ва клиник шаклларида қорин оғриғи, ичак ва ошқозон диспепсияси синдроми кузатилди. Лямблиоз билан касалланган болаларга парҳез ва медикаментоз терапия буюрилади.

**FEATURES OF CLINICAL MANIFESTATIONS OF LAMBLIOSIS IN CHILDREN****Sh. M. Ibatova, D. S. Islamova, F. H. Mamatkulova**

Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

We studied patients with latent, subclinical and clinical forms of giardiasis. We have divided the latent, subclinical and clinical forms of giardiasis. Children with a latent form of the disease did not show any complaints. In subclinical and clinical forms, abdominal pain, intestinal and gastric dyspepsia syndrome were observed. With giardiasis, children are prescribed dietary and drug therapy.

**Введение.** В детском возрасте часто встречается такое заболевание, как лямблиоз, которое вызывается простейшими паразитами. Особенности детской иммунной системы, которая является незрелой, пониженная кислотность желудочного сока являются причинами, которые обуславливают восприимчивость детей к этой инфекции.

До настоящего времени лямблиоз является одной из самых распространенных инвазий на земном шаре. По данным комитета экспертов ВОЗ в странах Азии, Африки и Латинской Америки ежегодно лямблиозом болеет примерно 50 тыс. человек. Весьма актуальная проблема лямблиоза и для СНГ, особенно для Узбекистана [1]. Клинические проявления лямблиоза разнообразны, но преобладают поражения желудочно-кишечного тракта, что связано с локализацией паразитов в двенадцатиперстной и тощей кишке [2,5]. 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 инвазии, а также иммунологических сдвигах в организме при лямблиозе становится очевидной возможность патогенного их воздействия даже при бессимптомном носительстве [3]. Исследования, проведенные у лямблионосителей, выявляли как функциональные, так и морфологические изменения [5]. Так, при гистохимическом исследовании слизистой оболочки тонкой кишки у детей, выделяющих лямблии и не имеющих клинических проявлений, при эндоскопических и гистологических исследованиях биоптатов слизистой оболочки выявлялись очаговая или распространенная гиперемия, отёк слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки у 74% обследованных. Следует отметить, что изучение клинических про-

явлений лямблиоза является актуальным для нашего региона.

**Цель исследования.** Изучение особенностей клинических проявлений лямблиоза у детей.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находилось 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 15 лет. Диагностика лямблиоза основывалась на жалобах, данных анамнеза, клинических проявлений заболевания, а также по расширенной копрограмме. Определение простейших в кале проводилось методом формалин-эфирного обогащения. Методика исследования кала проводилась традиционным методом.

**Результаты исследований и их обсуждение.** На основании выраженности клинических проявлений нами выделена латентная, субклиническая и клиническая формы лямблиоза. Среди различных форм лямблиозной инвазии особое место занимает ее бессимптомная форма. Нами обследовано 36 детей с латентной формой заболевания в возрасте от 3 до 15 лет. Обследованные дети жалоб не предъявляли, а при общеклиническом исследовании патологии не было выявлено. Физическое развитие больных соответствовало их возрасту.

У наблюдаемых 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 отнесены 78 детей в возрасте от 3 до 15 лет, 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, что отражено в таблице 1.

Таблица 1.

**Punctum maximum боли в животе при субклинической форме лямблиоза.**

<b>Punctum maximum боли</b>	<b>Число детей</b>
Подложечной	6 (7,6%)
В пилородуоденальной области	28 (35,8%)
В околопупочной области	7 (8,9%)
Подложечной + пилородуоденальной области	19 (24,3%)
Подложечкой + правое подреберье	2 (2,5%)
Подложечной + область угла Трейтца	2 (2,5%)
Подложечной + по ходу толстого кишечника	1 (1,2%)
Подложечной + левой повздошной 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 подложечкой у 6 больных. У наблюдаемых нами детей поздние боли, возникали натощак или появлялись через 1-2 часа после еды. Боли, как правило, 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 явления диспепсии. Наиболее часто отмечалась тошнота (у 11 детей из 78 – 14,1%), которая свойственна повышению давления в двенадцатиперстной кишке с одновременным снижением градиента давления между желудком и двенадцатиперстной кишкой. Реже у детей отмечалась – отрыжка (8 больных – 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 у 2-х – изжога. Только у 2-х больных отмечено снижение аппетита. Наряду с признаками так называемой «желудочной» диспепсии в 2 раза чаще у детей 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.

У 6 (7,6%) больных отмечался метеоризм, у 6 (7,6%) 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%). Со стороны костной системы, органов дыхания, сердечно-сосудистой системы у больных с субклинической формой лямблиоза изменений не было.

Двое детей жаловались на головные боли, у 4 больных отмечалась раздражительность. Цистовыделение при субклинической форме лямблиоза колебалось от 0,7 до 2,2 и в среднем составляло 1,5 цист в поле зрения.

Под нашим наблюдением находились 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.**

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

Как видно из табл.2, наиболее часто максимум боли при пальпации живота у детей с клинической формой лямблиоза локализовались в пилорoduоденальной и подложечной + 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) [4,6,8]. У 28 из 62 (12,9%) больных испражнения были 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 было известно, что эти дети ранее перенесли 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.

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 патология не выявлена. У 3 из 62 (4,8%) детей прослушивался нежный систолический шум на верхушке сердца функционального характера. Граница относительной тупости сердца была в пределах возрастной нормы. Кроме того, больные часто жаловались на слабость (11 из 62 – 17,7%), раздражительность (18 детей – 29%), реже отмечалось нарушение сна и головная 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, проведенные исследования показали, что лямблиоз, особенно у детей, клинически проявляется многообразием симптомов: от лямблионосительства до тяжелых клинических форм. Клинически целесообразно выделять латентную, субклиническую и клиническую форму лямблиоза. Наряду с единой противоямблиозной медикаментозной терапией обязательно требуется диетолечение.

#### Использованная литература:

1. Алимжанова Р.Ю., Дехкан - Ходжаева Н.А. Лямблиоз в сочетании с глистной инвазией //Актуальные проблемы медицинской паразитологии: Сборник научных трудов – Ташкент, 1987. - С.63-65.
2. Бандурина Т.Ю., Самарина В.Н Лямблиоз у детей.С-Пб.-2002. 40 с.
3. Зрячкин И.И., Цена Ю.С., Гроздова Т.Ю. Лямблиоз у детей. Саратов, ГМУ.- 2002. 24 с.
4. Ризаев Ж.А., Кулиев О.А. Распространенность анемии у детей, факторы риска и профилактика // Проблемы биологии и медицины, - 2018, №2 (100), - С. 189-192.
5. Сергиев В.П., Лобзин Ю.В., Козлов С.С. Паразитарные болезни человека. //СПб.- 2008.- С. 124-131.
6. Семенов А.М. К вопросу о лямблиозе и его классификации. В кн.: Вопросы медицинской паразитологии. Л.: Изд-во ВМА им.С.М.Кирова, 1995. - С. 48-56.
7. Ткаченко М. А. Роль хеликобактериоза и лямблиоза в генезе синдрома рецидивирующих болей в животе у детей: автореф. дис. канд. мед. наук. - СПб., 2001. 21с.
8. Тураходжаева М.Г. Клинико-морфологическая характеристика поражения желудка при лямблиозе: автореф. дис. канд. мед. наук. Москва, 1980.-21с.
9. Hugo D. Lujan, Maria C. Touz. Protein trafficking in Giardia lamblia. //Cellular Microbiology. 2003. - 5(7). - P. 427-34.