

УДК 616-053.2:616.3

ЛЯМБЛИОЗ КАК ПРИЧИНА ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ-ДОШКОЛЬНИКОВ

Р.С. Аракельян¹, Е.И. Окунская², Н.А. Сергеева³, О.В. Коннова¹, М.В. Богданьянц¹, Г.Л. Шендо⁴, С.В. Окунский⁵, А.Б. Маштеев⁶

¹ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации;

²ГБУЗ АО «Детская городская поликлиника № 3», Астрахань;

³ГБУЗ АО «Детская городская поликлиника № 5», Астрахань;

⁴Центр гигиены и эпидемиологии в Астраханской области;

⁵ГБУЗ АО «Областной кардиологический диспансер»;

⁶ГБУЗ АО «Центр медицины катастроф и скорой медицинской помощи»

В данной статье авторы проанализировали характер поражения желудочно-кишечного тракта у детей дошкольного возраста вследствие инвазии, вызванной паразитированием лямблий. Для выполнения поставленной задачи было проведено наблюдение и обследование 131 ребенка в возрасте от 2 до 17 лет.

Ключевые слова: лямблии, боль в животе, тошнота, алопеция, реактивные изменения печени, поджелудочной железы, дискинезия желчевыводящих путей.

DOI 10.19163/1994-9480-2020-3(75)-123-126

GIARDIASIS AS A CAUSE OF LESIONS OF THE GASTROINTESTINAL TRACT IN CHILDREN PRESCHOOLERS

R.S. Arakelyan¹, E.I. Okunskaya², N.A. Sergeeva³, O.V. Konnova¹, M.V. Bogdanyants¹, G.L. Shendo⁴, S.V. Okunskiy⁵, A.B. Mashteev⁶

¹FSBEI HE «Astrakhan State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation;

²SBIH AR «Children's city polyclinic № 3», Astrakhan;

³SBIH AR «Children's city polyclinic № 5», Astrakhan;

⁴Center of hygiene and epidemiology in the Astrakhan region;

⁵SBIH AR «Regional cardiology clinic»;

⁶SBIH AR «Center for accident and emergency medicine»

In this article, the authors analyzed the nature of gastrointestinal tract damage in preschool children due to infestation caused by Giardia parasitism. To complete this task, 131 children aged 2 to 17 years were monitored and examined.

Key words: Giardia, abdominal pain, nausea, alopecia, reactive changes of the liver, pancreas, biliary dyskinesia.

В XXI в. проблема инфекционных и паразитарных заболеваний не утратила своей актуальности. Распространенность инфекционных и паразитарных заболеваний среди взрослого и детского населения является критерием социально-экологического благополучия стран и регионов [6].

Важность проблемы заболеваемости данными заболеваниями заключается не только в их масштабности, но и в том, какой ущерб здоровью населения наносят осложнения, провоцируемые ими [2]. Это аллергия и иммуносупрессия, канцерогенез, анемия, поражения желудочно-кишечного тракта и мочеполовой системы, дисбактериоз. У детей с паразитарной инвазией отмечается отставание в нервно-психическом развитии, раздражительность, ослабление памяти. Все эти факты ставят паразитозы в ряд важнейших проблем современного здравоохранения [2].

В настоящее время одним из факторов, определяющих состояние здоровья населения, являются социально-обусловленные болезни, в том

числе паразитарные заболевания. Паразитозы изменяют химизм в просвете желудочно-кишечного тракта и могут приводить к нарушению состава нормальной кишечной микрофлоры. Так, под влиянием лямблий нарушается всасывание питательных веществ, прежде всего витаминов и микроэлементов, что обусловлено патоморфологическими и функциональными изменениями слизистой оболочки ЖКТ [5].

По данным ВОЗ распространенность лямблиоза в детской популяции составляет 350 случаев на 100 000 детского населения. Этот показатель в разных регионах может значительно колебаться в большую или меньшую сторону в зависимости от санитарно-бытовых условий, возможности диагностики и осторожности врачей [2].

Лямблии занимают 3-е место по распространенности после энтеробиоза и аскаридоза (ВОЗ, 2006). В развивающихся странах, эндемичных по лямблиозу, лямблии являются убиквитарными паразитами, дети могут инфицироваться ими

с первых месяцев жизни, при этом достаточно быстро развивается адаптивный иммунитет, защищающий детей от повторного заражения [3]. Установлено, что приобретенный иммунитет после перенесенного, успешно излеченного лямблиоза, является нестойким и непожизненным. Не исключается повторное, неоднократное инвазирование человека лямблиями. Это объясняется свойственной им высокой антигенной изменчивостью и генетическим разнообразием 6 известных видов лямблий, обитающих в человеческом организме. Распространенность лямблиоза среди детей разных возрастов, особенно в детских организованных коллективах, достаточно высока из-за высокой вероятности повторного инфицирования лямблиями вследствие более тесного общения и контакта в коллективе. В группе риска по инвазированию лямблиями находятся не только дети, но и медицинский, педагогический, обслуживающий персонал, работающий в детских лечебно-профилактических учреждениях и дошкольно-школьных образовательных учреждениях, домах ребенка, детских домах, школах интернатах, детских оздоровительных лагерях, санаториях и др., возможны вспышки заболевания, в том числе крупные. В связи с чем крайне важно и актуально своевременное выявление инвазированных лиц, их изоляция, лечение и предупреждение распространения лямблиоза в очаге.

Доказано, что распространенность лямблиоза среди детского населения в 4–8 раз превышает таковую у взрослых [6]. Лямблии поражают преимущественно желудочно-кишечный тракт, при этом поражение двенадцатиперстной кишки, желчевыводящей системы и тонкого кишечника является доминирующим в клинической картине болезни. Среди детей пораженность лямблиями составляет от 27–70 %, причем наибольший процент приходится на детей младшего возраста [1, 4].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Проанализировать характер поражения желудочно-кишечного тракта у детей дошкольного возраста вследствие инвазии, вызванной паразитированием лямблий.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Для выполнения поставленной задачи нами было проведено наблюдение и обследование (клиническое, лабораторно-инструментальное) 131 ребенка в возрасте от 2 до 17 лет, проходивших лечение в гельминтологическом центре ГБУЗ АО «Детская городская поликлиника № 3», у врача-инфекциониста ГБУЗ АО «Детская городская поликлиника № 5» г. Астрахани в 2018 г.

Клинический диагноз «лямблиоз» был выставлен на основании жалоб пациентов, обратившихся к специалисту за медицинской помощью – 97,6 %

(40 детей) и в одном случае (2,4 %) при прохождении профилактического медицинского осмотра.

Диагноз подтверждался копроовоскопическим методом, а также методом иммуноферментного анализа (ИФА) с применением тест-систем для выявления антител к антигенам лямблий класса G.

Статистическая обработка результатов проводилась при помощи программы Microsoft Office Excel (Microsoft, США) и BioStat Professional 5.8.4. Определяли процентное выражение ряда данных (%).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В 2018 г. в различных поликлиниках г. Астрахани с подозрением на лямблиоз было обследовано 442 ребенка. Под нашим наблюдением находился 131 ребенок (29,6 %) в возрасте от 2 до 17 лет, из которых на долю детей раннего возраста от 2 до 7 лет приходилось 53 человека (40,5 %). Поражения желудочно-кишечного тракта у данной группы детей составляли 77,4 % ($n = 41$).

Из группы детей, находившихся под наблюдением, большую часть составляли дети в возрасте от 3 до 7 лет – 70,7 % ($n = 29$). В остальных случаях – 29,3 % ($n = 12$) составляли дети, чей возраст колебался от 2 до 3 лет.

В основном, большая часть детей приходилась на организованные коллективы (посещение детских дошкольных и школьных учреждений) – 70,7 % ($n = 29$). На долю детей из неорганизованных коллективов приходилось 29,3 % ($n = 12$).

Практически все дети проживали в городской черте – 95,1 % ($n = 39$). В единичных случаях – 4,9 % ($n = 2$) – дети проживали на территории Астраханской области.

Клинические проявления поражения ЖКТ отмечались практически у всех обследованных детей и составляли 97,6 % ($n = 40$). Так, наиболее частыми жалобами у детей были: боль в животе – 58,5 % ($n = 24$) и снижение аппетита – 43,9 % ($n = 18$). У другой части детей отмечались жалобы на тошноту и жидкий стул – по 26,8 % (по $n = 11$), раздражительность – 24,4 % ($n = 10$) и различные аллергические высыпания на коже рук, груди и живота – 22,0 % ($n = 9$).

В редких и единичных случаях отмечались жалобы на рвоту – 12,2 % ($n = 5$), незначительное повышение температуры и алопецию – по 4,9 % (по $n = 2$).

По результатам ультразвукового исследования, согласно жалобам, у всех пациентов были отмечены следующие изменения. Так, в большинстве случаев у детей с диагнозом лямблиоз в 36,6 % ($n = 15$) отмечались реактивные изменения со стороны поджелудочной железы, проявляющиеся в виде увеличения ее размеров и изменения эхогенности. Клинически это проявлялось жалобами

на боль в животе 36,6 % ($n = 15$), снижение аппетита – 24,4 % ($n = 10$), различные аллергические высыпания на конечностях и животе – 12,2 % ($n = 5$), раздражительность – 9,8 % ($n = 4$), а также тошноту и жидкий стул – по 7,3 % (по $n = 3$).

Реактивные изменения со стороны печени в виде увеличения ее размеров отмечались у одного ребенка – 2,4 %. Так, в данном случае основными жалобами были боль в животе, тошнота, рвота, снижение аппетита, жидкий стул и раздражительность – по 2,4 %.

Признаки дискинезии желчевыводящих путей отмечались у 14,6 % ($n = 6$), различные аллергические высыпания и раздражительность – по 4,9 % (по $n = 2$), а также боль в животе, тошнота, рвота, снижение аппетита, жидкий стул, повышение температуры и алопеция – по 2,4 % (по $n = 1$).

В остальных случаях, по данным УЗИ, у детей отмечались сочетанные поражения органов ЖКТ в виде реактивных изменений со стороны печени и поджелудочной железы – 26,8 % ($n = 11$), которые проявлялись снижением аппетита и жидким стулом – по 7,3 % (по $n = 3$), тошнотой, рвотой и незначительной раздражительностью – по 4,9 % (по $n = 2$). В единичных случаях у детей отмечались боль в животе, аллергические высыпания на туловище, повышение температуры и выпадение волос – по 2,4 % (по $n = 1$).

Реактивные изменения со стороны печени, поджелудочной железы и признаки дискинезии желчевыводящих путей (ДЖВП) отмечались у 9,8 % ($n = 4$), которые проявлялись болью в животе и тошнотой – 4,9 % ($n = 2$), снижением аппетита, жидким стулом, раздражительностью и повышением температуры – 2,4 % (по $n = 1$).

В 4,9 % ($n = 2$) отмечались реактивные изменения со стороны печени и признаки ДЖВП. В данном случае дети предъявляли жалобы на боль в животе – 4,9 % ($n = 2$), а также тошноту, рвоту, снижение аппетита и жидкий стул – по 2,4 % (по $n = 1$).

Также отмечались реактивные изменения со стороны поджелудочной железы и признаки ДЖВП. В данном случае детей беспокоили жалобы на боль в животе – 4,9 % ($n = 2$), тошноту, снижение аппетита, жидкий стул и аллергические высыпания в виде крапивницы на верхних конечностях – 2,4 % ($n = 1$).

При сборе эпидемиологического анамнеза было выяснено, что большая часть инвазированных детей – 56,1 % ($n = 23$) – не соблюдают правила личной гигиены, то есть не моют руки после посещения улицы и перед приемом пищи. Часть детей отмечала, что имелся тесный контакт с домашними животными – 39,0 % ($n = 16$), в том числе контакт с кошками – 24,4 % ($n = 10$) и с собаками – 14,6 % ($n = 6$). В редких случаях из вредных привычек отмечались онигофагия (привычка грызть ногти) – 19,5 % ($n = 8$) и геофагия (привычка есть землю) –

17,1 % ($n = 7$). У некоторых детей вредные привычки отсутствовали – 22,0 % ($n = 9$).

Перед началом курса химиотерапии всем инвазированным лямблиями детям проводилось исследование крови (общий анализ крови). Так, у большинства детей – 80,5 % ($n = 33$) – показатели общего анализа крови соответствовали норме. У некоторых детей отмечались эозинофилия – 9,8 % ($n = 4$), лейкоцитоз – 7,3 % ($n = 3$) и анемия – 2,4 % ($n = 1$).

После получения результатов лабораторного исследования крови всем детям проводился курс химиотерапии противопаразитарными препаратами: альбендазолом и макмирором.

Так, макмирор получали 56,1 % ($n = 23$), из расчета 15–30 мг/кг массы тела в 2–3 приема в течение 7 дней. Альбендазол получали 43,9 % ($n = 18$) – препарат назначался из расчета дети от 2 до 12 лет – по 12 мг/кг массы тела 1 раз в день после приема пищи и от 12 лет и старше – по 400 мг 1 раз в день после еды в течение 7 дней.

После проведенного курса химиотерапии проводилось контрольное двукратное лабораторное исследование – результат исследования во всех случаях отрицательный.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Лямблиоз регистрировался чаще у детей в возрасте от 3 до 7 лет из организованных коллективов.

2. Причиной заболевания чаще всего являлись несоблюдение правил личной гигиены, тесный контакт с домашними животными, а также ониго- и геофагия.

3. Основными клиническими симптомами заболевания являлись боль в животе, снижение аппетита, тошнота, раздражительность и жидкий стул.

4. После применения химиопрепаратов у всех инвазированных наступало полное выздоровление, о чем свидетельствовали отрицательные лабораторные исследования и отсутствие клинической симптоматики у детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аракельян Р.С., Окунская Е.И., Сергеева Н.А., и др. Поражения желудочно-кишечного тракта у детей, инвазированных лямблиями по данным результатов ультразвукового исследования // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2019. – № 1 (65). – С. 38–41.

2. Бегайдарова Р.Х., Насакаева Г.Е., Кузгибекова А.Б., и др. Клинико-эпидемиологическая характеристика лямблиоза // Международный журнал экспериментального образования. – 2013. – № 10-1. – С. 70–75.

3. Захарова И.Н., Авдюхина Т.И., Дмитриева Ю.А., и др. Лямблиоз у детей // Российский медицинский журнал. – 2013. – Т. 21, № 24. – С. 1161–1165.

4. Насакаева Г.Е., Бегайдарова Р.Х., Ходжаева Н.М. Эпидемиология, клиника, диагностика лямблиоза у детей // Вестник Авиценны. – 2012. – № 3 (52). – С. 154–158.

5. Сайдалиев М.А., Талабов М.С. Особенности микрофлоры кишечника у детей при лямблиозе // Здоровоохранение Таджикистана. – 2014. – № 1 (320). – С. 42–45.

6. Усенко Д.В., Конаныхина С.Ю. Современные аспекты диагностики и лечения лямблиоза // Вопросы современной педиатрии. – 2015. – Т. 14, № 1. – С. 108–113.

REFERENCES

1. Arakelian R.S., Okunskaya E.I., Sergeeva N.A., et al. Porazheniya zheludochno-kishechnogo trakta u detey, invazirovannykh lyambliyami po dannym rezul'tatov ul'trazvukovogo issledovaniya [Lesions of the gastrointestinal tract in children infested with lamblia according to the results of ultrasound examination]. *Vestnik Rossiyskoy voyenno-meditsinskoy akademii* [Bulletin of the Russian military medical academy], 2019, no. 1 (65), pp. 38–41. (In Russ.; abstr. in Engl.).

2. Begaidarova R.Kh., Nasakaeva G.E., Kuzgibekova A.B., et al. Kliniko-epidemiologicheskaya kharakteristika

lyamblioz [Clinical and epidemiological characteristics of giardiasis]. *Mezhdunarodnyy zhurnal eksperimental'nogo obrazovaniya* [International journal of experimental education], 2013, no. 10-1, pp. 70–75. (In Russ.; abstr. in Engl.).

3. Zakharova I.N., Avdyukhina T.I., Dmitrieva Yu.A., et al. Lyamblioz u detey [Giardiasis in children]. *Rossiyskiy meditsinskiy zhurnal* [Russian medical journal], 2013, vol. 21, no. 24, pp. 1161–1165. (In Russ.; abstr. in Engl.).

4. Nasakaeva G.E., Begaidarova R.Kh., Khodzhaeva N.M. Epidemiologiya, klinika, diagnostika lyamblioz u detey [Epidemiology, clinic, diagnosis of giardiasis in children]. *Vestnik Avitsenny* [Bulletin of Avicenna], 2012, no. 3 (52), pp. 154–158. (In Russ.; abstr. in Engl.).

5. Saydaliev M.A., Talabov M.S. Osobennosti mikroflory kishechnika u detey pri lyamblioze [Features of intestinal microflora in children with giardiasis]. *Zdravo-okhraneniye Tadjikistana* [Healthcare of Tajikistan], 2014, no. 1 (320), pp. 42–45. (In Russ.; abstr. in Engl.).

6. Usenko D.V., Konanykhina S.Yu. Sovremennyye aspekty diagnostiki i lecheniya lyamblioz [Modern aspects of diagnosis and treatment of giardiasis]. *Voprosy sovremennoy pediatrii* [Questions of modern pediatrics], 2015, vol. 14, no. 1, pp. 108–113. (In Russ.; abstr. in Engl.).

Контактная информация

Аракельян Рудольф Сергеевич – к. м. н., доцент кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии, врач-паразитолог высшей квалификационной категории, Астраханский государственный медицинский университет, e-mail: rudolf_astrakhan@rambler.ru