

УДК 616.99

**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
ЛЯМБЛИОЗА****Бегайдарова Р.Х., Насакаева Г.Е., Кузгибекова А.Б., Юхневич-Насонова Е.А.,
Алшынбекова Г.К.***Карагандинский государственный медицинский университет, Караганда,
e-mail: r.h.begaidarova@mail.ru*

Всего было проанализировано 300 историй болезней (взрослых – 197, детей – 103), находившихся на стационарном лечении в Областной инфекционной больнице (ОИБ) с диагнозом: «Лямблиоз кишечная форма, хроническое течение в стадии обострения». В работе описана клиническая картина лямблиоза, в зависимости от степени поражения органов и систем и лабораторная диагностика. Анализ архивных историй болезней выявил, что у больных была предрасположенность к повторному инфицированию и персистирующему лямблиозу, которая приводила к длительному течению заболевания с периодическими обострениями в форме гастродуоденита и дискинезии желчного пузыря. У обследованных больных были диагностированы диспепсический, болевой, астеновегетативный и кожные синдромы.

Ключевые слова: лямблиоз, цисты, вегетативные формы лямблий, персистирующий, синдром поражения ЖКТ

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF GIARDIASIS
**Begaydarova R.H., Nasakaeva G.E., Kuzgibekova A.B., Yuhnevich-Nassonova Y.A.,
Alshynbekova G.K.***Karaganda State Medical University, Karaganda, e-mail: r.h.begaidarova@mail.ru*

There were analyzed 300 medical records (adults – 197, children-103) who were treated at the Regional Hospital of Infectious Diseases with a diagnosis of «Giardiasis intestinal form, a chronic course in the acute stage». The article describes the clinical picture of giardiasis, depending on the extent of damage organs and systems and laboratory diagnostics. Analysis of archived medical records revealed that patients were predisposed to reinfection and persistent giardiasis. This has contributed to the long-term course of the disease with periodic exacerbations in the form of gastroduodenitis and dyskinesia of the gallbladder. The patients were diagnosed dyspeptic, pain, as the vegetative and skin syndromes.

Keywords: giardiasis, cyst, vegetative form of giardia, persistent, syndrome of defeat GI tract.

Важность проблемы заболеваемости паразитозами заключается не только в масштабности данных заболеваний, но и в том, какой ущерб здоровью населения наносят осложнения, провоцируемые ими. Это аллергия и иммуносупрессия, канцерогенез, анемия, поражения желудочно-кишечного тракта и мочеполовой системы, дисбактериоз. У детей, больных паразитозом, отмечается отставание в нервно-психическом развитии, раздражительность, ослабление памяти. Все эти факты ставят паразитозы в ряд важнейших проблем современного здравоохранения [1, 2].

Гельминтозы человека являются актуальной проблемой для медицинской науки и практического здравоохранения. В последние годы отмечается тенденция к росту лямблиоза, так по данным экспертов ВОЗ, в странах Азии, Африки, Латинской Америки ежегодно лямблиозом заражаются около 200 млн человек [3].

Giardia lamblia – простейшее класса жгутиковых, возбудитель лямблиоза. В цикле развития простейшего выделяют две стадии – вегетативной формы и цисты. Цисты, выделяемые с фекалиями, устойчивы к факторам окружающей среды: в воде они остаются жизнеспособными до 3 месяцев,

устойчивы к хлору. Это самый распространенный патогенный паразит, причиной, которой является неудовлетворительное состояние систем водоснабжения и очистных сооружений. Основным резервуаром инфекции служит человек, но и млекопитающие (собаки, кошки) могут быть заражены лямблиями и выделять цисты [4, 5].

Лямблиоз распространен повсеместно, цисты лямблий в фекалиях обнаруживаются у 20% населения земного шара. Неблагополучная эпидемиологическая обстановка по заболеваемости лямблиозом обусловлена, прежде всего, неудовлетворительным обеспечением населения доброкачественной питьевой водой, загрязнением открытых водоемов неочищенными канализационными стоками. Немалый вклад в увеличение заболеваемости лямблиозом вносят различные неблагоприятные состояния: прежде всего несбалансированное питание в виде повышенного потребления легко усвояемых углеводов на фоне значительного дефицита белка, а так же нарушение микрофлоры кишечника после терапии антибиотиками (особенно при многократных курсах) [5, 6].

Клинические проявления лямблиоза регистрируются во всем мире почти

у 500 млн. больных в год. Лямблиоз встречается повсеместно, в среднем выявляется у 20% практически здорового населения. Является наиболее распространенной инвазией кишечника в развитых странах, во всех климатогеографических зонах. Лямблиоз регистрируется во всех возрастных группах. В развитых странах инвазированность среди взрослых составляет 3-5%, а в развивающихся – свыше 10%. [7,8].

По данным ВОЗ распространенность лямблиоза в детской популяции составляет 350 случаев на 100000 детского населения. Этот показатель в разных регионах может значительно колебаться в большую или меньшую сторону в зависимости санитарно-бытовых условий, возможности диагностики и осторожности врачей.

Частота манифестного лямблиоза составляет 13–43%, субклинического – 49%, бессимптомного – 25–28% от числа инвазированных лямблий. Особенность возбудителя, состояние реактивности макроорганизма, полиморфизм клинических проявлений, наблюдение и лечение у специалистов разных профилей у терапевтов, гастроэнтерологов, дерматологов привели к росту хронических форм заболевания над острыми с длительной персистенцией лямблий и ухудшением качества жизнь пациента. [7, 8].

Согласно классификации ВОЗ выделяют:

1. лямблионосительство (бессимптомный лямблиоз);

2. лямблиоз (клинически выраженная форма), который проявляется, преимущественно, в виде:

– кишечной формы (дискинезия двенадцатиперстной кишки, дуоденит, энтерит, энтероколит);

– гепатобилиарной формы (дискинезия желчных путей, холецистит);

– лямблиоза как сопутствующего заболевания.

Среди клинических проявлений лямблиоза выделяют две основные формы:

– первичная инвазия или острый лямблиоз, чаще распространенный среди детей раннего возраста;

– затяжное рецидивирующее течение или хронический лямблиоз, регистрируемый у детей более старшего возраста и взрослых.

Цель исследования – современная клинико-эпидемиологическая характеристика лямблиоза.

Материалы и методы исследования

Всего было проанализировано 300 историй болезней (взрослых – 197, детей – 103) с диагнозом: «Лямблиоз кишечная форма, хроническое течение в стадии обострения» в возрасте до 60 лет.

Оценивались объективные и субъективные данные, а также изменения лабораторных показателей. В ходе работы впервые разработана индивидуальная регистрационная форма, куда внесены полученные результаты по объективным и субъективным данным, дополнительных лабораторных исследований до и после традиционного лечения.

Критериями для включения в исследование являлись больные острой и хронической формой лямблиоза, диагноз у которых был подтвержден микроскопическим обнаружением вегетативных форм лямблий и их цист в кале.

Диагноз был верифицирован на основании клинико-anamnestических и лабораторных (копроскопия кала, результат дуоденального зондирования, ПЦР-диагностика). Вегетативные формы лямблий были обнаружены в дуоденальном содержимом и жидких испражнениях, цистированные формы – в нативных фекалиях в течение 2-х часов после сбора анализа. Дополнительно всем больным проводилось ультразвуковое исследование (УЗИ).

На основании полученных дополнительных лабораторных данных была проведена статистическая обработка с использованием критерия Стьюдента, или t-критерий. Проверка осуществляется на основе выборочных данных. Проверяется нулевая и альтернативная гипотезы:

H(0): две генеральные средние равны, или, другими словами, две сравниваемые выборки принадлежат к одной и той же генеральной совокупности. Проверяемый t-критерий выражается в виде отношения:

$$t = \frac{|\bar{X}_1 - \bar{X}_2|}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}},$$

где m_1, m_2 – стандартные ошибки средних значений сравниваемых выборок.

$t_{крит}$ находится по таблице для заданного α и числа степеней свободы

$$f = n_1 + n_2 - 2.$$

Если $|t_{выч}| < t_{крит}$, то H(0).

Если $|t_{выч}| \geq t_{крит}$, то H(1) и делается заключение о наличии статистически значимых различий между средними значениями на соответствующем уровне значимости.

Результаты исследования и их обсуждение

Изучение заболеваемости лямблиозом за 2011-2012 гг. по Карагандинской области показало, что идет тенденция к повышению. Всего зарегистрировано 929 случаев лямблиоза, показатель 68,2 на 100 тыс. населения, против 701 и 50,4 в 2011 г. Среди детей до 14 лет зарегистрировано 313 случаев, показатель на 100 тыс. детского населения составил – 109,6 (2011 г. – 265 и 94,2). Отмечен рост заболеваемости лямблиозом на 35,3%. Среди детей отмечен незначительный рост на 16,3%. Анализ заболеваемости показал, что наиболее неблагоприятным контингентом по данному заболеванию являются рабочие – 165 случаев (17,8%), без определенного рода занятий – 233 случаев

(25,1) и прочего населения – 161 (17,3%). Среди детского населения дети общеобразовательной школы (ООШ) – 118 случаев (37,7 %) и неорганизованные дети – 123 случаев (39,3%). Наибольшая заболеваемость приходилась на крупные города Карагандинской области (Караганда, Темиртау, Балхаш, Дзезказган), а минимальная, вплоть до нулевых значений, была отмечена практически во всех районах области.

Низкие показатели заболеваемости лямблиозом в районах свидетельствуют о далеко не благополучной эпидемиологической конъюнктуре и напрямую говорят о неудовлетворительной работе лабораторной службы в районных больницах.

Из анамнеза было установлено, что диагноз «лямблиоз» был верифицирован у более 50% больных в детстве. Периодически пациенты обращались гастроэнтерологу, терапевту, инфекционисту и получали в лечение фуразолидон (69%) и метронидазол (79,5%).

Однако динамическое наблюдение за ними не осуществлялось. Вопрос у кого должны наблюдаться и лечиться больные с лямблиозом всегда вызывает дискуссию, однако ввиду передачи инфекции не только алиментарным путем, но и от больного и лямблионосителя контактно-бытовым путем лечение и динамическое наблюдение должен проводить врач-инфекционист и при необходимости направлять на консультацию к узким специалистам.

Анализ архивных историй болезней выявил, что у больных была предрасположенность к повторному инфицированию и персистирующему лямблиозу, которая приводила к длительному течению заболевания с периодическими обострениями в форме гастроуденита и дискинезии желчного пузыря.

У обследованных больных были диагностированы диспепсический, болевой, астеновегетативный и кожные синдромы. В табл. 1 представлены клинические симптомы больных с лямблиозом до лечения.

Таблица 1

Сравнительная характеристика клинических симптомов у больных детей и взрослых с лямблиозом до лечения

	Взрослые <i>n</i> =197		Дети <i>n</i> =103		<i>t</i> -Стьюд.	<i>P</i> -уровень
	абс.	<i>p</i> ± <i>m_p</i> (%)	абс.	<i>p</i> ± <i>m_p</i> (%)		
Синдром поражения ЖКТ	130	65,9±3,4	41	39,8±4,8	4,43	*
Обложенный язык	136	69,0±3,3	95	92,2±2,6	-5,49	*
Метеоризм и урчание в кишечнике	92	46,7±3,6	84	81,5±3,8	-6,66	*
Болезненность живота в правом подреберье	104	52,8±3,6	27	26,3±4,3	4,72	*
Болезненность живота выше пупка	96	48,7±3,6	23	22,3±4,1	4,86	*
Болезненность в точке проекции желчного пузыря	188	95,4±1,5	87	84,5±3,6	2,82	*
Увеличение печени	58	29,4±3,2	98	95,1±2,1	-16,93	*
Ощущение переполнения в желудке	86	43,7±3,5	-			
Тошнота	123	62,4±3,5	88	85,4±3,5	-4,69	*
Рвота	38	19,3±2,8	12	11,7±3,2	1,79	
Изжога	58	29,4±3,2	18	17,5±3,7	2,40	*
Снижение или повышение аппетита	165	83,8±2,6	92	89,3±3,0	-1,37	
Стул кашицеобразный с неперевавшими комочками	86	43,7±3,5	81	78,6±4,1	-6,50	*
Запоры	61	31,0±3,3	21	20,4±4,2	2,05	*
Снижение массы тела	78	39,6±3,5	87	84,5±3,6	-9,01	*
Астеновегетативный синдром	115	58,4±3,5	68	66,0±4,7	-1,30	
Слабость, утомляемость	121	61,4±3,5	93	90,3±2,9	-6,38	*
Раздражительность	108	54,8±3,5	51	49,5±4,9	0,87	
Головная боль	94	47,7±3,6	22	21,4±4	4,88	*
Нарушение сна	76	38,6±3,5	67	65,0±4,7	-4,52	*
Субфебрилитет	25	12,7±2,4	10	9,7±2,9	0,80	
Токсико-аллергический синдром	84	42,6±3,5	81	78,6±4	-6,71	*
Боли в суставах	57	28,9±3,2	14	13,6±3,4	3,27	*
Бледность кожных покровов (лица), субиктеричность	50	25,4±3,1	65	63,0±4,8	-6,62	*
Атопический дерматит, сыпь на коже	66	33,5±3,4	81	78,6±4	-8,58	*
Зуд кожных покровов	86	43,7±3,5	47	45,6±4,9	-0,31	

* – статистически значимые изменения, *p*<0,05

Анализ клинической симптоматики у больных показывает, что клиника лямблиоза складывалась из симптомов поражения желудочно-кишечного тракта в 65,9% случаев как у взрослых, так и в 39,8% случаев у детей.

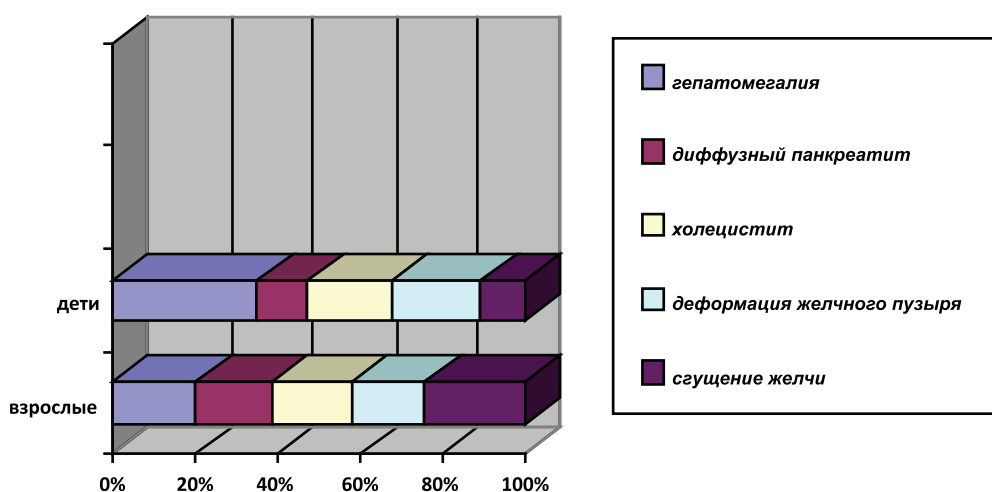
Нарушения общего состояния в виде астеновегетативного синдрома, наблюдались в 58,4% случаев у взрослых, и в 66,0% у детей. Токсико-аллергический синдром в 42,6% случаев у взрослых и в 78,6% случаев в детском возрасте.

Развитие клинических проявлений при лямблиозе зависит от инфицирующей дозы и вирулентности возбудителя, функционального состояния желудочно-кишечного тракта и иммунного статуса макроорганизма. Лямблии приспособились паразитировать на щеточной каемке микроворсинок тонкой кишки, где происходят интенсивные процессы ферментативного расщепления пищевых веществ и всасывается большая часть углеводов, белков, жиров, витаминов, минеральных солей и микроэлементов, откуда они получают пищевые вещества с помощью центральной пары жгутов, дефицит их является причиной формирования диспепсического синдрома. Результатом жизнедеятельности лямблий является нарушение

процессов регенерации эпителия, что ведет к поливитаминой недостаточности; повышению проницаемости кишечной стенки и сенсибилизации организма продуктами метаболизма лямблий; запуск патологических висцеро-висцеральных рефлексов со стороны органов пищеварения за счет раздражения нервных окончаний, что способствует появлению болевого абдоминального синдрома; формированию дисбактериоза кишечника; нарушению функции печени как органа детоксикации. Развитие эндотоксикоза способствует развитию астеновегетативного и кожного синдромов болезни. [9]. Дополнительные методы исследования у больных с лямблиозом представлены на рисунке и в табл. 2.

Из дополнительных методов исследования у больных с лямблиозом были проведены: дуоденальное зондирование (78,7% взрослых и у 96,1% детей.) Ультразвуковое исследование у взрослых больных (39,0%) и у (94,2%) детей.

Холецистоэктомия была выявлена у 5,6% взрослых больных. Гепатомегалия была соответственно у 75,3% в первой группе, и в 95,9% во второй группе. Диффузный панкреатит у 70,1% больных первой группы и у 32,9% второй группы.



Показатели дополнительных методов исследования у больных лямблиозом

Таблица 2

Градации показателей дополнительных методов исследования у взрослых и детей

	Взрослые n=197		Дети n=103		t-Стьюд.	P-уровень
	абс.	p±m _p (%)	абс.	p±m _p (%)		
Дуоденальное зондирование	155	78,7±4	99	96,1±1,9	-3,90	*
УЗИ (Ультразвуковое исследование):	77	39±4,8	97	94,2±2,3	-10,36	*
Гепатомегалия	58	75,3±4,2	93	95,9±2	-4,40	*
Диффузный панкреатит	54	70,1±4,5	32	32,9±4,6	5,76	*
Холецистит	55	71,4±4,5	54	55,7±4,9	2,37	*
Утолщение стенки желчного пузыря	67	87±3,3	64	65,9±4,7	3,68	*
Деформация желчного пузыря	52	67,5±4,6	57	58,8±4,8	1,30	
Диффузные изменения печени, поджелудочной железы	31	40,3±4,8	20	20,6±4	3,14	*
Сгущение желчи	71	92,2±2,6	29	29,9±4,5	11,92	*

* – статистически значимые изменения, p<0,05

Утолщение стенки желчного пузыря у 87,0% взрослых больных и у 65,9% детей. У 67,5% больных первой группы отмечалось деформирование желчного пузыря с уплотненными стенками и у 58,8% второй группы. Диффузные изменения в поджелудочной железе у 70,1%, сгущение желчи у 92,2% взрослых. Соответственно у 32,9%, 29,9% больных детей. Признаком паразитарного поражения стенок желчных протоков является их уплотнение в виде гиперэхогенных структур, выраженность этих изменений вариабельна и зависит от длительности заболевания.

При проведении общего анализа крови у больных лямблиозом до лече-

ния отмечались незначительные изменения со стороны показателей красной крови, ускорение СОЭ, белой крови о, которые сопровождалась умеренным лейкоцитозом, умеренно выраженной эозинофилией.

Исследование биохимических показателей функции печени до начала лечения показывает, что отмечается незначительное повышение билирубина, тимоловой пробы, АлАТ, АсАТ.

После проведенного традиционного лечения достоверного снижения показателей красной, белой крови и биохимических показателей не отмечалось (табл. 3).

Таблица 3

Градации показателей гемограммы и биохимических показателей крови до и после традиционной терапии

Сравнительный анализ показателей лабораторных данных после традиционной терапии					
	до	после	t-value	p	n
гемоглобин	119,8±2,42	119,5±6,71	0,1	0,918	22
эритроциты	4,1±0,145	4,2±0,63	-0,71	0,481	22
лейкоциты	6,8±0,39	6,6±1,55	0,38	0,703	22
СОЭ	7,9±0,846	6,4±3,87	1,24	0,222	22
эозинофиллы	4,8±0,401	5,5±2,65	-1,12	0,271	22
сегментоядерные	48,4±3,418	48,6±15,85	-0,05	0,958	22
лимфоциты	28,6±1,569	30,4±7,3	-0,81	0,422	21
моноциты	6±0,603	5,7±2,3	0,41	0,684	22
палочкоядерные	0,8±0,294	0,3±0,77	1,49	0,144	22
АлАТ	95,7±11,656	93,8±52,46	0,12	0,908	22
АсАТ	77,7±5,345	75,1±24,29	0,36	0,723	22
Билирубин общий	13,2±0,976	13,6±4,18	-0,3	0,764	22
Билирубин прямой	4,1±0,532	4,1±1,76	-0,09	0,931	21
Тимоловая проба	2,3±0,344	2,4±1,73	-0,18	0,858	19

Примечание. p<0,05 – статистически значимые различия.

Заключение

Изучение заболеваемости лямблиозом за 2011–2012 гг. по Карагандинской области показало, что идет тенденция к повышению. Всего зарегистрировано 929 случаев лямблиоза, показатель 68,2 на 100 тыс. населения, против 701 и 50,4 в 2011 г. Среди детей до 14 лет зарегистрировано 313 случаев, показатель на 100 тыс. детского населения составил – 109,6 (2011 г. – 265 и 94,2). Отмечен рост заболеваемости лямблиозом на 35,3%. Среди детей отмечен незначительный рост на 16,3%. Анализ заболеваемости показал, что наиболее неблагоприятным контингентом по данному заболеванию являются рабочие – 165 случаев (17,8%), без определенного рода занятий – 233 случая (25,1) и прочего населения – 161 (17,3%). Среди детского населения дети общеобразовательной школы (ООШ) – 118 случаев (37,7%) и неорганизованные дети – 123 случая (39,3%). Наибольшая заболеваемость приходилась на крупные города Карагандинской области (Караганда, Темиртау, Балхаш, Джезказган), а минимальная, вплоть до нулевых значений, была отмечена практически во всех районах области.

Результат анализа архивных истории болезней/карт выявил, что у 50% больных в детстве был выставлен диагноз «лямблиоз», по поводу чего лечились у различных специалистов такими препаратами, как фуразолидон и метронидазол, при этом динамического наблюдения за ними не осуществлялось.

У наблюдаемых больных была предрасположенность к повторному инфицированию и персистирующему лямблиозу,

что приводило к длительному течению заболевания с периодическими обострениями в форме гастродуоденита и дискинезии желчного пузыря.

Чаще встречалась кишечная и реже смешанная формы, которая проявлялась поражением гепатодуоденальной зоны, причем заболевание носило хронический характер.

У обследованных больных были диагностированы диспепсический, болевой, астеновегетативный и кожные синдромы.

Так как больные в основном были с хронической формой лямблиоза, то изменения показателей гемограммы и биохимического анализа до лечения были неинформативны, таковыми они оставались и после лечения.

Список литературы

1. Сергиев В.П., Мальшев Н.А., Дринов И.Д. Значение паразитарных болезней в патологии человека // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 1999, № 4. – С. 4-9.
2. Тумольская Н.И. Роль лямблий в патологии человека // Врач – 2000. – № 8. – С. 23 – 25.
3. Авдохина Т.И., Константинова Т.Н., Кучера Т.В. Лямблиоз: Учебное пособие. – М., 2003. – 34 с.
4. Бандурина Т.Ю., Самарина В.Н. Лямблиоз у детей. – М., 2002. – 53 с.
5. Иванова В.В. Инфекционные болезни у детей: Руководство для врачей. – М: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009. – 832 с.
6. Апенченко Ю.С. Лямблиоз у детей. – Тверь, 2007. – 157 с.
7. Васильева Н.А., Шкильня М.И. Некоторые показатели иммунитета при лямблиозе / Материалы IV Ежегодного Всероссийского Конгресса по инфекционным болезням (Москва, 26-28 марта 2012), с. 81.
8. Lymbery, A.J. Parasites and ecosystem health. Lymbery // A. J. International Journal for Parasitology. – 2005. – Vol.35. – № 7. – P.705-716.
9. Mohammed Mahdy AK, Surin J, Wan KL et al. Giardia intestinalis genotypes: Risk factors and correlation with clinical symptoms // Acta Trop. – 2009. – Vol. 112 (1) – P. 67–70.