

ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛЯМБЛИОЗА В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Л.Н. Лахуцка, О.Н. Кодоліч, Р.Н. Манкевич

Белорусский государственный медицинский университет

Клинические проявления лямблиоза регистрируются почти у 500 млн человек в год во всем мире [1]. Эта проблема актуальна и для Беларуси, где в 2012 г. суммарная заболеваемость протозоозами составила 15,81 на 100 тыс. населения. Из 4-х выявленных нозоформ паразитозов доминировал лямблиоз, на долю которого пришлось 98% от общего количества инвазированных патогенными простейшими. Повсеместное распространение, разнообразие клинических проявлений, сложность лабораторной диагностики — все это затрудняет постановку диагноза практическими врачами и требует необходимости изучения особенностей лабораторных и инструментальных исследований [1–4].

Цель работы — определение лабораторных и инструментальных характеристик у страдающих лямблиозом детей.

Материал и методы. В основу данной работы положены результаты ретроспективного анализа 70 медицинских карт детей, находившихся на стационарном лечении в УЗ «Городская детская инфекционная клиническая больница» г. Минска (гл. врач Соколова М.В.) в период с 2009–2013 гг. с диагнозом «лямблиоз». Их возраст составил от 1 года до 16 лет (средний возраст — $7,3 \pm 0,5$ года), из них 41 мальчик (58,6%) и 29 девочек (41,4%). Средний возраст мальчиков — $7,4 \pm 0,6$ года, девочек — $7,1 \pm 0,8$ года, ($P > 0,05$). Пациенты были разделены на две группы. В младшую группу вошли дети в возрасте от 1 до 6 лет (35 человек, $4,0 \pm 0,28$ года), в старшую — дети в возрасте от 7 до 16 лет (35 человек, $10,7 \pm 0,44$ года, $P < 0,05$).

Обработку данных, полученных в результате исследований, проводили традиционными методами математической статистики с использованием стандартного обеспечения для IBM PC (пакет прикладных программ «Биостатистика» и «Exel 2003»). Рассчитывали средние величины (M , P) и их ошибки (m , p). Достоверность различий между группами оценивали с помощью критерия t Стьюдента (сведения считали достоверными начиная с $P < 0,05$).

Результаты и их обсуждение. Диагноз верифицирован у 79% детей паразитологическим методом путем исследования кала на наличие цист лямблий, у 17% — иммунологическим методом с использованием иммуноферментного анализа (ИФА) для обнаружения в крови антител к антигену лямблий, у 4% использовались оба метода.

Клиническая картина лямблиоза у детей включала проявления следующих синдромов: интоксикации и вегетативных нарушений (81% детей), поражения желудочно-кишечного тракта (74%), аллергических проявлений (36%) и нарушений питания (6% случаев).

Треть госпитализированных детей доставлялись в стационар по направлению врачей бригады скорой помощи. Почти каждый четвертый ребенок был направлен другим стационаром, 20% пациентов обратились самостоятельно и только 23% детей были направлены участковыми врачами-педиатрами. При этом лишь 3 детей имели диагноз «лямблиоз». У остальных (96%) при направлении указывался другой диагноз (острая респираторная инфекция, инфекционный мононуклеоз, энтеровирусная инфекция, иерсиниоз, острая кишечная инфекция и др.), что свидетельствует об отсутствии настороженности врачей-специалистов в отношении лямблиоза.

Отсутствие патогномичных клинических симптомов, особенности цитовыделения, затрудняющие копроскопическое исследование, требуют дальнейшего изучения лабораторных и инструментальных характеристик лямблиоза у детей. Нами были проанализированы показатели общего анализа крови, биохимического анализа крови и ультразвукового исследования органов брюшной полости.

При оценке общего анализа крови только у 3% пациентов имела место анемия, причём снижение уровня гемоглобина было не ниже уровня 90 г/л.

Лейкоцитоз был выявлен у 43% обследованных. Повышение лейкоцитов достоверно чаще имело место у детей младшей возрастной группы по сравнению с более старшими детьми (в 66 и 20% случаев соответственно, $P < 0,05$), среднее количество лейкоцитов у пациентов первой группы составило $11,0 \times 10^9$ /л, а во второй группе — $7,2 \times 10^9$ /л ($P < 0,05$). Среди детей с лейкоцитозом среднее содержание лейкоцитов у детей младшего и старшего возраста достоверно не отличались ($12,5 \times 10^9$ /л и $12,0 \times 10^9$ /л соответственно, $P > 0,05$). Между показателями у мальчиков и девочек достоверных различий не выявлено. По данным литературы, для лямблиоза, как и для других паразитозов, характерно повышенное содержание уровня эозинофилов в периферической крови [2–4]. Так, у наших пациентов эозинофилия имела место только в 41% случаев, при этом одинаково часто в обеих группах, и составила в среднем $5,7 \pm 0,8\%$. Этот показатель был выше у половины мальчиков и всего лишь у четверти девочек ($P < 0,05$). У большинства (86%) пациентов уровень эозинофилов был в пределах от 6 до 15%, у остальных детей — более 15%.

Увеличение скорости оседания эритроцитов отмечалось лишь у 20% пациентов и составило $9,9 \pm 1,0$ мм/ч.

Других изменений в гемограмме нами не выявлено. При биохимическом исследовании крови определялись общий белок, общий билирубин, щелочная фосфатаза, лактатдегидрогеназа, аланинаминотрансфера-

за, аспаргатаминотрансфераза, С-реактивный белок (СРБ). У большинства (75%) пациентов имело место незначительное повышение уровня СРБ до $19,7 \pm 4,1$ ЕД/л, уровни других показателей были в пределах нормальных значений. По данным ультразвукового исследования органов брюшной полости, проведенного 30 пациентам, у 57% из них были выявлены различные нарушения. Так, увеличение печени определялось у большинства (76%) обследованных, при этом мезаденит наблюдался только в 35% случаев, а увеличение селезенки — в 24% случаев. Достоверно чаще данные изменения определялись у мальчиков, чем у девочек (у 80 и у 33% соответственно, $P < 0,05$). Среди пациентов I и II групп различий не выявлено.

Выводы:

1. Для страдающих лямблиозом детей не характерны выраженные изменения в гемограмме. Незначительный лейкоцитоз достоверно чаще имел место у детей младшей группы по сравнению со старшей. Эозинофилия определялась у 41% обследованных, достоверно чаще у мальчиков, причем содержание эозинофилов у большинства этих детей не превышало 15%.

2. Показатели биохимического анализа крови (общий белок, общий билирубин, щелочная фосфатаза, ЛДГ, АЛТ, АСТ) при лямблиозе не выходили за пределы нормальных значений. При этом у большинства (75%) пациентов имело место незначительное повышение уровня СРБ до $19,7 \pm 4,1$ ЕД/л.

3. Ультрасонографические изменения органов брюшной полости, определяемые при лямблиозе у 57% детей, представлены в большинстве случаев гепатомегалией, реже — мезаденитом и спленомегалией.

LABORATORY AND INSTRUMENTAL FEATURES OF GIARDIASIS IN PEDIATRICS

N.A. Lakhtsutka, O.N. Kodolich, R.N. Mankevich

Results of retrospective analysis of 70 children medical carts (children underwent treatment on giardiasis in City children's infectious clinic, Minsk). Basic laboratory and instrumental features of giardiasis in children of different age were marked. Implemented in the curriculum (6th year of study (pediatric faculty and medical faculty for international students)) of children infectious diseases department (BSMU) on topic "Differential diagnostics of children acute intestinal infections".

Литература

1. Лямблиоз / Т.И. Авдюхина [и др.]. — М., 2003. — 31 с.
2. Лямблиоз у детей / Н.П. Зрячкин [и др.]. — Саратов: СГМУ, 2002. — 12 с.
3. Поляков, В.Е. Лямблиоз у детей и подростков / В.Е. Поляков, И.А. Иванова, С.И. Казакова // Рос. мед. журн. — 2004. — № 6. — С. 47–50.
4. Файзуллина, Р.А. Лямблиоз у детей: современные подходы к диагностике и лечению / Р.А. Файзуллина // Педиатрия. — 2008. — № 7. — С. 56–61.