

©В. Ф. Лобода, О. Є. Федорців, К. Т. Глушко

**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАНЬ ТРАВНОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ
НА ФОНІ ЛЯМБЛІОЗУ***ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Гобачевського МОЗ України»*

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАНЬ ТРАВНОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ НА ФОНІ ЛЯМБЛІОЗУ. В статті висвітлено особливості перебігу захворювань травної системи у дітей з лямбліозом. Під спостереженням знаходилося 43 дітей. Виявлено, що у пацієнтів із супутнім лямбліозом частіше спостерігаються симптоми інтоксикації, підвищується вміст еозинофілів у периферичній крові, вищі концентрації загального IgE в сироватці.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ЛЯМБЛИОЗА. В статье освещены особенности течения заболеваний пищеварительной системы у детей с лямблиозом. Под наблюдением находилось 43 детей. Выявлено, что у пациентов с сопутствующим лямблиозом чаще наблюдаются симптомы интоксикации, повышается содержание эозинофилов в периферической крови, высокие концентрации общего IgE в сыворотке.

FEATURES OF DIGESTIVE DISEASES IN CHILDREN WITH GIARDIASIS. This paper highlights the features of diseases of the digestive system in children with giardiasis. There were 43 children under supervision. We found that in patients with concomitant giardiasis often observed symptoms of intoxication, increased eosinophilia in the peripheral blood, higher concentration of total IgE in serum.

Ключові слова: діти, захворювання травної системи, лямбліоз.

Ключевые слова: дети, заболевания пищеварительной системы, лямблиоз.

Key words: children, diseases of the digestive system, giardiasis.

ВСТУП. Одними з найпоширеніших захворювань в дитячому віці залишаються ураження шлунково-кишкового тракту (ШКТ). Не останню роль в їх розвитку відіграють кишкові паразитози. На думку експертів ВООЗ, гельмінтози в сучасних умовах стали «забутими хворобами»: в усьому світі спостерігають тенденцію до недооцінки їх медико-соціального значення. Деякі автори наголошують: паразитарні хвороби часто є останньою ланкою в ланцюзі диференціально-діагностичного мислення лікаря. Недооцінюється також значення лямбліозу і кишкових гельмінтів, що є однією з перших причин патології органів ШКТ [1,2]. Зокрема, вивчається вплив лямбліозу на розвиток зовнішньої секреторної функції підшлункової залози, розвиток виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, на кислотність шлунка, особливо при рецидивуючій інвазії [2, 3, 4]. Описані випадки раку підшлункової залози з наявністю в її паренхімі лямблій [5]. Ці дослідження стосувалися переважно дорослих. Немає достатньо даних у дітей, при тому, що лямбліоз спостерігається у 60–80 % дітей і тільки в 10–12 % дорослих [1–5].

Частими є різноманітні неврологічні порушення при інвазії паразитами. Наприклад, лямбліоз Д. Ф. Лямбль називав «паразитом тоски и печали» [4].

Попри численні дослідження, ще недостатньо розкритий патогенез органних і системних порушень, що визначають реабілітацію хворих. Не розроблені доступні і інформативні методи діагностики оцінки перебігу цих хвороб і наслідків лікування, а також критеріїв прогнозу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Під нашим спостереженням було 23 дітей віком від 3 до 16 років із захворюваннями травної системи, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у обласній дитячій лікарні. Усі пацієнти обстежені згідно діючих протоколів № 59 від 29.01.2013 року. До групи контролю увійшло 20 дітей із захворюваннями органів травлення без лямбліозу. Усі пацієнти були розподілені на 2 групи спостере-

ження: I група – 23 дитини з захворюваннями ШКТ і лямбліозом, II група – 20 дітей із захворюваннями ШКТ, без лямбліозу.

Усі хворі підлягали ретельному загальноклінічному обстеженню, яке включало детальний аналіз скарг, анамнезу захворювання, даних об'єктивного і клініко-лабораторного обстеження, а також соціометричне дослідження з використанням анкет. До останніх були включені такі питання: чи бере участь дитина у весняно-польових роботах, вживає не помиті овочі (фрукти), п'є сиру воду, наявність вдома собак чи котів, наявність геофагії, бруксизму, обгризання нігтів. Лямбліоз діагностувався шляхом мікроскопії цист в калі. Зверталася увага на вміст еозинофілів і гемоглобіну (Hb) у загальному аналізі крові. Концентрація загального IgE визначалася імуноферментним методом і вважалася нормальною при значенні ≤ 100 МО/мл.

Статистична обробка результатів здійснювалася методом варіаційної статистики з використанням параметричних і непараметричних методів, достовірність результатів визначали за допомогою t-критерію Стьюдента чи Манна-Уїтні. Результати вважали статистично достовірними при $p < 0,05$. Зв'язок між показниками вивчався за допомогою коефіцієнта Gamma. Обробка результатів виконана у відділі системних статистичних досліджень ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України» в програмному пакеті Statsoft STATISTIKA.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Між дітьми обох груп не виявлено різниці за місцем проживання, статтю і віком ($10,0 \pm 0,7$, $11,6 \pm 0,8$ років відповідно I і II групи) ($p > 0,05$). Серед пацієнтів I групи достовірно частіше ($p < 0,05$) зустрічалися хлопчики – в 17 (73,9 %) випадках, дівчаток – 6 (26,0 %).

Порівнюючи частоту хронічної гастродуоденальної (ХГДП) і гепатобіліарної патології у пацієнтів обох груп не виявлено суттєвої різниці ($p > 0,05$), таблиця 1.

Таблиця 1. Структура патології травної системи у обстежених дітей

Захворювання	I група n = 23		II група n = 20	
	(абс.)	%	(абс.)	%
	Функціональні розлади біліарного тракту	23	100,0	19
Хронічний гастродуоденіт, не асоційований з <i>H. pylori</i>	5	21,7	7	35,0
Хронічний гастродуоденіт, асоційований з <i>H. pylori</i>	2	8,7	3	15,0
Виразкова хвороба 12-палої кишки	2	8,7	0	0,0
Вроджена гіполактазія	2	8,7	2	10,0
Доліхоколон	1	4,3	3	15,0
Синдром Жильбера	0	0,0	1	5,0

Найчастіше в обох групах діагностувалися функціональні розлади біліарного тракту. При цьому не виявлено різниці за частотою різних видів розладів біліарного тракту в обох групах. В I групі відмічено 2 випадки виразкової хвороби дванадцятипалої кишки в поєднанні із *H. pylori*. При соціометричному дослідженні не виявлено достовірної різниці у відповідях. Порівнюючи джерела водопостачання (централізоване чи криниці або джерело) також не відмічено суттєвих відмінностей. Але аналізуючи коефіцієнт кореляції між цими показниками, виявлено зв'язок середньої сили між наявністю лямбліозу і вживанням води з криниці чи джерела ($\text{Gamma} = 0,5, p < 0,05$), що вказує на водний шлях інфікування. Також встановлено прямий сильний зв'язок ($\text{Gamma} = 0,76, p < 0,05$) між вживанням немитих овочів чи фруктів, слабкий зв'язок ($\text{Gamma} = 0,41, p < 0,05$) між обгризанням нігтів та наявністю лямбліозу. Це дозволяє нам вважати, що ці фактори порушення гігієни відіграють роль в інфікуванні дітей.

На основі скарг і об'єктивного обстеження у всіх пацієнтів було виділено 3 основних клінічних синдро-

ми: больовий, інтоксикаційний і диспепсичний. Порівнюючи їх частоту в обох групах виявлено, що прояви інтоксикації спостерігалися достовірно частіше ($p < 0,05$) у дітей I групи – в 13 (56,2 %) дітей, що супроводжувалося прямим зв'язком середньої сили ($\text{Gamma} = 0,6$), а в II групі – в 5 (25,0 %) випадках. Найчастіше синдром проявлявся скаргами на в'ялість, слабкість, втомлюваність, головний біль. Враховуючи, що за структурою патології травної системи пацієнти обох груп не відрізнялися, можна вважати, що більша частота цих симптомів пов'язана із супутнім інфікуванням лямбліями, на що вказують і інші дослідники. У дітей I групи за частотою проявів найчастіше спостерігався больовий – у 22 (95,7 %), далі інтоксикаційний – у 13 (56,5 %) і диспепсичний синдром – в 11 (47,8 %) випадках. В II групі цей порядок відрізнявся: больовий – в 17 (85,0 %), далі йшов диспепсичний – у 9 (45,0 %), а інтоксикаційний знаходився на 3 місці і зустрічався в 5 (25,0 %).

При порівнянні вмісту еозинофілів і гемоглобіну в периферичній крові не виявлено достовірної різниці, таблиця 2.

Таблиця 2. Основні лабораторні показники у обстежених дітей

Показник	I група (n=23) M±m	II група (n=20) M±m
Еозинофіли, %	7,0±0,8*	5,1±0,8
Гемоглобін, г/л	127,0±2,4*	128,9±2,4
Ig E, МО/мл	314,5±40,3**	174,8±30,8

Примітки: 1) * – $p > 0,05$ в порівнянні з II групою; 2) ** – $p < 0,05$ в порівнянні з контрольною групою.

Вміст еозинофілів в периферичній крові коливався 1–14 % і 2–14 % відповідно в I і II групах. Проте виявлено, що еозинофілія в дітей I групи спостерігалася частіше ($p < 0,05$) в 15 (65,2 %) випадків ($\text{Gamma} = 0,6, p < 0,05$). На нашу думку це пов'язано з тим, що в більшості випадків підвищення було незначним. Вміст Hb коливався від 106 до 146 г/л в I групі і 113–156 г/л в II групі. За частотою розвитку анемії обидві групи не відрізнялися – 5 (21,7 %) в I групі і 3 (15,0 %) в II групі. Концентрація загального Ig E була вищою ($p < 0,05$) і спостерігалася частіше ($\text{Gamma} = 0,8, p < 0,01$) в I групі – в 21 (91,3 %), в II групі – в 11 (55,0 %) випадках.

З інших ймовірних причин еозинофілії і підвищення Ig E у обстежених дітей спостерігалися алергічні прояви в 1 (4,3 %) і 5 (25,0 %), але достовірної різниці між ними не виявлено ($p > 0,05$). Серед них були – атопічний дерматит, алергічний риніт і поліноз. Отже, можна вважати, що еозинофілія і підвищення Ig E в I групі пов'язані з інвазією лямбліями. Це підтвер-

джується також розвитком зворотнього високої сили зв'язку з алергією у пацієнтів I групи ($\text{Gamma} = -0,76, p < 0,05$).

ВИСНОВКИ. Серед дітей з хронічними захворюваннями травної системи, що інфіковані лямбліями частіше зустрічаються хлопчики.

Серед пацієнтів обох груп не виявлено різниці за місцем проживання, вікових відмінностей, а також структурі захворювань травної системи.

Для пацієнтів з супутнім лямбліозом характерними є розвиток інтоксикаційного синдрому, а саме втомлюваності, в'ялості, головного болю.

Не виявлено суттєвої різниці між рівнями еозинофілії і гемоглобіну в дітей обох груп. Проте легка еозинофілія частіше спостерігалася в пацієнтів із лямбліозом.

Для дітей з лямбліозом характерними є достовірні вищі концентрації Ig E.

У пацієнтів із захворюваннями ШКТ ймовірними шляхами інфікування лямбліями є вживання «сирої»

води з джерел чи криниць, немитих овочів та фруктів і «обгризання» нігтів.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.

Встановлені дані потребують подальшого вивчення,

що дозволить полегшити діагностику лямбліозу у дітей з захворюваннями ШКТ і відповідно покращити ефективність їх лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бабак О. Я. Кишечные гельминтозы: ситуация и тенденции к ее изменению / О. Я. Бабак // Здоровье Украины. – 2006. – № 9/1.

2. К вопросу о диагностике и лечении лямблиоза / В. Н. Хворостика, Л. В. Журавлева, Л. И. Селиванова [и др.] // Ліки України. – 2009. – № 6. – С. 55–58.

3. Куимова И. М. Гастроинтестинальная реактивность при лямблиозе у детей / И. М. Куимова, М. Ю. Денисов // Детская гастроэнтерология Сибири (проблемы и поиски решений): Сб. науч. раб. им. Я. Д. Витебского. – Вып. VI. – Новосибирск, 2002. – С. 19–22.

4. Лямблиоз и его сочетание с хеликобактериозом: обзор литературы и собственные данные / Н. Б. Губергриц, Е. Ю. Плотникова, С. В. Налетов [и др.] // Сучасна гастроентерологія. – 2012. – № 3 (65). – С. 55–62.

5. Giardia lamblia infection accompanied with pancreatic cancer diagnosed by endoscopic ultrasound – guided fine – needle aspiration / M. Furukawa, L. Lee, A. Funakoshi [et al.] // Abstracts of Papers Submitted to the Joint 40th Anniversary Meeting of American Pancreatic Association and Japan Pancreatic society, Honolulu (Hawaii), 2009. – Vol. 38, № 8. – P. 997.

Отримано 15.01.14