



ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ  
ФАНЛАР АКАДЕМИЯСИ  
САМАРҚАНД ДАВЛАТ МЕДИЦИНА  
ИНСТИТУТИ

ISSN 2181-5674

# *БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ МУАММОЛАРИ*

ХАЛҚАРО ИЛМИЙ ЖУРНАЛ  
№3 (89) 2016

**PROBLEMS OF  
BIOLOGY AND MEDICINE**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

## **БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ МУАММОЛАРИ**

**PROBLEMS OF  
BIOLOGY AND MEDICINE**

## **ПРОБЛЕМЫ БИОЛОГИИ И МЕДИЦИНЫ**

Научный журнал по теоретическим и практическим  
проблемам биологии и медицины  
основан в 1996 году  
выходит ежеквартально

***Главный редактор - А.М. ШАМСИЕВ***

**Редакционная коллегия:**

***А.В. Алимов, Ю.М. Ахмедов, А.И. Икрамов,  
З.И. Исмаилов, З.Б. Курбаниязов (зам. главного редактора),  
Ф.Г. Назиров, У.Н. Ташкенбаев, Т.Э. Останакулов,  
А.М. Хаджибаев, Д.Х. Ходжаев, М.Х. Ходжибеков,  
Ш.А. Юсупов***

## УЧРЕДИТЕЛЬ ЖУРНАЛА:

Самаркандский Государственный  
медицинский институт

### *Адрес редакции:*

*Республика Узбекистан, 140100,  
г. Самарканд, ул. Амира Темура, 18.*

### **Телефон:**

*(99866) 233-36-79*

### **Факс**

*(99866) 233-71-75  
(99866) 231-00-39*

### **Сайт**

*pbim.uz*

### **e-mail**

*redaksiya@pbim.uz  
sammi-xirurgiya@yandex.ru*

*Журнал зарегистрирован  
в Управлении печати и информации  
Самаркандской области  
№ 09-26 от 03.10.2012 г.*

## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Х.А. Акилов	(Ташкент)
Н.А. Абдуллаев	(Самарканд)
А.Н. Аллаяров	(Самарканд)
О.А. Атаниязова	(Нукус)
Т.А. Аскарлов	(Бухара)
А.В. Девятов	(Ташкент)
И.И. Затевахин	(Россия)
С.И. Исмаилов	(Ташкент)
А.Ю. Разумовский	(Россия)
Rainer Rienmuller	(Австрия)
В.М. Розинов	(Россия)
Л.М. Рошаль	(Россия)
А.А. Хусинов	(Самарканд)

Подписано в печать 26.08.2016.

Сдано в набор 28.09.2016.

Формат 60×84 1/8

Усл. п.л. 15,5

Заказ 267

Тираж 100 экз.

Отпечатано

в типографии СамГосМИ.

140151, г. Самарканд,

ул. Амира Темура, 18

**ВАРИАНТЫ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЛЯМБЛИОЗА У ДЕТЕЙ**

А.Б. РАМАЗАНОВА

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

**БОЛАЛАРДА ЛЯМБЛИОЗ КАСАЛЛИГИДА КЛИНИК ТУРЛАРИ**

А.Б. РАМАЗАНОВА

Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

**OPTIONS CLINICAL MANIFESTATIONS OF GIARDIASIS IN CHILDREN**

A.B. RAMAZANOVA

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Текширилган беморлар орасида лямблиознинг кўйидаги клиник белгиларининг вариантлари ажратилган. Биз лямблиознинг яширин, субклиник ва клиник шакллари ажратганмиз. Яширин шаклида болалар шикоят қилмаганлар, цисталарнинг ажралиши ўрта ҳисобда кўрув майдонида 0.6 цистадан иборат бўлган. Субклиник ва клиник шаклларда қорин соҳасида оғрик, ичаклар ва ошқозон диспепсия синдроми кузатилган. Субклиник шаклда цисталарнинг ажралиши кўрув майдонида 1.5 та циста аниқланди. Лямблиознинг клиник шаклида клиник кўриниш ёрқин кечган, цисталарнинг ажралиши ўрта ҳисобда кўрув майдонида 2.5 та циста топилган. Яширин, субклиник ва клиник шакллари ажратган ҳолда лямблиозга қарши парҳез ва медикаментоз терапия тайинланган.

**Калит сўзлар:** *Болалар, лямблиоз, клиник турлари.*

In our study of patients identified the following options for the clinical manifestations of giardiasis contact allocated latent, subclinical and clinical form of giardiasis. When latent children had no complaints cyst secretion fluctuated an average of 0.6 cysts in sight. When subclinical and clinical form observed: abdominal pain, intestinal syndrome and gastric dyspepsia. Cyst secretion with subclinical form of cysts was 1.5 in the field of view. In giardiasis clinical form of the clinical picture was most pronounced, cyst secretion averaged 2.5 cysts in sight. Separating the latent, subclinical and clinical form of giardiasis assigned appropriate diet and drug therapy anti giardiasis.

**Keywords:** *Children's, giardiasis, clinical types.*

**Актуальность проблемы.** 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 заболевает примерно 50 тыс. человек [4,5]. Исследования, проведенные у лямблионосителей, выявляли как функциональные, так и морфологические изменения [1]. Следует отметить, что изучение клинических проявлений лямблиоза является актуальным для нашего региона.

**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, анамнезе, клинических проявлений лямблиоза, а также на расширенной копрограмме определение простейших в кале методом формалин – эфирного обогащения. Кроме того, был использован метод ориентировочного подсчета интенсивности выделения лямблий. Методика исследования кала проводилась традиционным методом.

**Результаты и их обсуждение.** В своей работе на основании выраженности клинических проявлений мы выделили латентную, субклиническую и клиническую формы лямблиоза [1]. Среди различных форм лямблиозной инвазии особое место занимает ее бессимптомная форма. Под нашим наблюдением находилось 36 детей с латентной формой лямблиоза в возрасте от 3 до 15 лет. Наблюдаемые дети жалоб не предъявляли, а при общеклиническом исследовании патологии не выявлено. Физическое развитие больных соответствовало их возрасту. У этих 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 нами отнесено 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. Как видно из таблицы 1, при субклинической форме лямблиоза боли в животе при пальпации в основном локализовались в пилородуоденальной (35,8%) и подло-

жечкой+пилородуоденальной зонах (24,3%), что свойственно дуодениту. Реже боли отмечались около пупка (8,9%) и подложечкой у 6. У наблюдаемых нами детей боли были поздними, возникали натощак или появлялись через 1-2 часа после еды. Боли, как правило, были тянущие и тупые. Лишь у 3 детей из 78 (3,8%) отмечался Мойнигановский ритм болей (боль-еда-облегчение). Наряду с не резко, выраженным болевым синдромом у наблюдавшихся нами детей с субклинической формой были диспептические явления. 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 – отрыжка (у 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 рвота и 2-х - изжога. Только у 2-х больных отмечено снижение аппетита. Наряду с признаками так называемой «желудочной» диспепсии в 2 раза чаще наблюдались симптомы «кишечной» диспепсии. Среди последних наиболее часто (у 38 и 78 больных – 48,7%) наблюдался неустойчивый стул. У этих детей чаще так же отмечался жидкий стул, кал был гомогенным светло-желтой окраски без патологических примесей (крови и слизи). Только 6 (7,6%) больных страдали метеоризмом, 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 средне-

ключичной 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 было средней (у 64 из 78 – 82,0%), 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%). Костная система, органы дыхания, сердечно-сосудистая система у больных с субклинической формой лямблиоза не были изменены. Двое детей жаловались на головные боли, 4 больных на раздражительность. Цистовыделение при субклинической форме колебалось от 0,7 до 2,2, в среднем составляло 1,5 цист в поле зрения. Под нашим наблюдением находилось 62 больных с клинически выраженной формой лямблиоза в возрасте от 3 до 15 лет. По сравнению с субклинической формой у больных у этой группы у всех детей 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 болей при пальпации живота (табл.2). Как видно из табл.2, наиболее часто punctum maximum боли при пальпации живота у детей с клинической формой лямблиоза локализовались в пилородуоденальной и подложечкой + пилородуоденальной области (у 42 из 62 детей - 67,7%), что также свойственно поражению двенадцатиперстной кишки.

Таблица 1.

Локализация болей в животе у детей при субклинической форме лямблиоза

Максимальная локализация болей	Число детей
Подложечкой	6 (7,6 %)
в пилородуоденальной области	28 (35,8 %)
околопупочная область	7 (8,9 %)
Подложечкой +пилородуоденальная области	19 (24,3%)
Подложечкой+ правое подреберье	2 (2,5%)
подложечкой + область угла Трейтца	2 (2,5%)
Подложечкой + по ходу толстого кишечника	1 (1,2%)
подложечкой + левая подвздошная области	1 (1,2%)

Таблица 2.

Локализация болей при пальпации живота у детей с клинической формой лямблиоза

Максимальная локализация болей	Число детей
Подложечкой	8 (12,9 %)
в пилородуоденальной области	30 (48,3 %)
околопупочная область	9 (14,5 %)
подложечкой +пилородуоденальная области	12 (19,3%)
подложечкой+ правое подреберье	2 (3,2%)
подложечкой + область угла Трейтца	- (0%)
подложечкой + по ходу толстого кишечника	1 (1,6%)
подложечкой + левая подвздошная области	- (0%)

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 [3]. Мойнигановский же ритм болей отмечался лишь у 5 из 62 (8%) больных. 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. У 28 из 55 (50,9%) детей с клинически выраженной формой лямблиоза стул жидкий, однородный, часто пенистый, желтого цвета. 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). У 28 из 62 (45,2%) больных испражнения 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 известно, что эти дети перенесли ранее вирусный гепатит. Аналогичная картина касается и массы тела. 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 (разность коридоров 2 интервала). Бледность кожи отмечено у 41 из 62 (66,1%), а у 2 больных (3,2%) на туловище, груди, животе отмечалась крупнопятнистая сыпь аллергического характера (типа крапивницы) [7]. Со стороны костной системы и органов дыхания у исследуемых нами больных патологии не выявлено. У 3 из 62 (4,8%) детей прослушивался нежный систолический шум на верхушке сердца функционального характера. Границы относительной тупости в пределах возрастной нормы. Кроме того, больные часто жаловались на слабость (11 из 62 – 17,7%), раздражительность (18 детей – 29,0%), реже на нарушения сна и головную 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, лямблиоз особенно у детей клинически проявляется многообразием - от чистого лямблионосительства до тя-

желых форм. Клинически целесообразно выделять латентную, субклиническую и клиническую форму лямблиоза, так как наряду с единой противоямблиозной медикаментозной терапией, требуется диетолечение.

#### Литература:

1. Бодня Е.И. Лямблиоз у детей клинические проявления, тактика лечения / Е.И. Бодня // Здоровье ребенка. – 2011. - №8 (35). – С. 91-94.
2. Ершова И.Б. Паразитарные инвазии в практике врача-педиатра / И.Б. Ершова, А.А. Молчалова, С.Н. Черкалова, Е.В. Чернова // Здоровье ребенка. – 2007. - №2 (5). – С. 137-140.
3. Лямблиоз: Учебное пособие для врачей / В.П. Новикова, Е.Ю. Калинина, А.М. Шабалов, Е.А. Осмаловская. – СПб.: Информ.мед, 2010. – 120 с.
4. Научно-исследовательский институт медицинской паразитологии. Лечение гельминтозов и лямблиоза. Методические рекомендации. Самарканд, 2008
5. Сергиев В.П. Паразитарные болезни сегодня и завтра // Паразитарные болезни.-2005.- №1-С 21-29.
6. Giardia lamblia infection diagnosed by endoscopic ultrasoundguided fineneedle aspiration / J.E. Cfrter, J.J. Nelson, M. Eves [et al.] // Diagn. Cytopathol. – 2007. – Vol. 35, № 6. – P.363-365.
7. Mahmoud M.S., Salem A.A., Rifaat M.M. Human giardiasis as an etiology of skin allergy: the role of adhesion molecules and interleukin-6 // J. Egypt. Soc. Parasitol. – 2004. – Vol. 34, № 3. – P. 723-737/

### ВАРИАНТЫ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЛЯМБЛИОЗА У ДЕТЕЙ

А.Б. РАМАЗАНОВА

У обследуемых нами больных выделены следующие варианты клинических проявлений лямблиоза. Нами выделена латентная, субклиническая и клиническая форма лямблиоза. При латентной форме дети жалоб не предъявляли, цистовыделение колебалось в среднем 0,6 цист в поле зрения. При субклинической и клинической форме наблюдались: боли в животе, синдром кишечной и желудочной диспепсий. Цистовыделение при субклинической форме составляло 1,5 цист в поле зрения. При клинической форме лямблиоза клиническая картина была наиболее выражена, цистовыделение в среднем составляло 2,5 цист в поле зрения. Выделяя латентную, субклиническую и клиническую форму лямблиоза назначена соответствующая диета и противоямблиозная медикаментозная терапия.

**Ключевые слова:** дети, лямблиоз, клинические варианты.