

helminth infection on energy metabolism in Gambian children / Am. J. Trop. Med. Hyg. - 2004. - N4. - P. 476-479.

АНАЛІЗ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ПОРУШЕНЬ ЗДОРОВ'Я, РОСТУ ТА РОЗВИТКУ В ДІТЕЙ ІЗ ІНВАЗІЄЮ ІНТЕСТИНАЛЬНИМИ ГЕЛЬМІНТАМИ

Ю.М. Нечитайло, С.Є. Фокіна

Резюме. Метою нашого дослідження було вивчення розповсюдження інвазії інтестинальними гельмінтами серед дітей дошкільного віку Чернівецької області. В цілому 520 дітей від 1 до 7 років було обстежено клінічними, параклінічними методами та анкетуванням стосовно до умов проживання, соціально-економічного стану тощо. Отримані результати свідчать про те, що дегельмінтуєчі програми повинні бути впроваджені як економічно-вигідна стратегія для контролю за інвазією нематодами. Повинен бути впроваджений простий шлях покращання індивідуальної гігієни: миття рук, обрізання нігтів та використання туалетної гігієни та чистої води. При діагностуванні інфекції сечовивідних шляхів у дівчаток дошкільного віку необхідним є накладання целофанових серветок на періанальну та перінсальну ділянки як мінімум на 3 дні. У випадку анемії увага повинна бути сконцентрована на раціональне харчування та корекцію дефіциту заліза.

Ключові слова: інфекція інтестинальними гельмінтами, діти дошкільного віку, анемія, ріст, розвиток.

АНАЛИЗ РИСКА ВОЗНИКНОВЕННЯ НАРУШЕНИЙ ЗДОРОВЬЯ, РОСТА И РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С ИНВАЗИЕЙ ИНТЕСТИНАЛЬНЫМИ ГЕЛЬМИНТАМИ

Ю.Н. Нечитайло, С.Е. Фокина

Резюме. Целью нашей работы было изучение распространения инвазий интестинальными гельминтами среди детей дошкольного возраста Черновицкой области. В целом 520 детей от 1 до 7 лет было обследовано клиническими, параклиническими методами и анкетированием по поводу условий проживания, социально-экономического состояния и т.п. Полученные результаты свидетельствуют, что дегельминтизирующие программы должны быть внедрены как экономически-выгодная стратегия по контролю за инвазией нематодами. Должен быть внедрен простой путь улучшения индивидуальной гигиены: мытье рук, обрезание ногтей и использование туалетной гигиены и чистой воды. При диагностировании инвазии мочевыводящих путей необходимо наложение целофановых салфеток на перианальную и перинеальную области как минимум на 3 дня. В случае анемии внимание должно быть сконцентрировано на рациональное питание и коррекции дефицита железа.

Ключевые слова: инвазия интестинальными гельминтами, дети дошкольного возраста, анемия, рост, развитие.

Буковинский государственный медицинский университет, г. Черновцы

Clin. and experim. pathol. - 2007. - Vol. 6, №4. - P.36-38.

Надійшла до редакції 08.09.2007

Рецензент - доц. І.Ф. Курченко

УДК 616.245-002.2-085

Т.В. Сорокман
М.І. Поліщук
М.Г. Гінгуляк
В.О. Пікузо

ПОШИРЕНІСТЬ ТА ВІКОВА ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЯМБЛІОЗУ В ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ

Буковинський державний медичний
університет, м. Чернівці

Ключові слова: діти, лямбліоз,
поширеність та перебіг.

Резюме. Вивчена поширеність та особливості перебігу гепатобіліарної форми лямбліозу в дітей. Встановлено, що поширеність лямбліозу серед дітей Чернівецької області складає 12,5%. Основним клінічним проявом лямбліозної інвазії в дітей є інтоксикаційний, диспепсичний та больовий синдроми.

Вступ

Лямбліоз віднесений до числа паразитарних хвороб, що мають найбільше значення для

© Т.В. Сорокман, М.І. Поліщук, М.Г. Гінгуляк, В.О. Пікузо, 2007

суспільної охорони здоров'я [2]. За даними ВООЗ, ураженість лямбліями дитячого населення плаваєти, порівняно з дорослими, переважає в 7-9 разів,

а середній відсоток лямбліозних інвазій серед дітей становить 60-80, а в дітей, які відвідують дитячі садочки, - майже 100 відсотків [3]. Поширеність лямбліозу залежить від стану харчування, водопостачання і санітарно-гігієнічних навичок населення [1]. В етіологічній структурі діарей у розвинутих країнах лямблії складають 3-7%, у країнах, що розвиваються, 7-9% [5].

Відомо, що для розвитку лямбліозу достатньо проковтнути до 10 цист. В організмі господаря вони розмножуються у великій кількості (на 1 см³ слизової оболонки кишечника знаходиться до 1 млн. і більше лямблій) [1]. У дванадцятипалій кишці з однієї цисти утворюються дві вегетативні форми, які прикріплюються до ворсинок слизової оболонки проксимальних відділів тонкої кишки. Паразитування лямблій у кишечнику супроводжується низкою патологічних ефектів: запаленням, синдромом мальабсорбції, вторинною ферментопатією, дискінезією кишечника та жовчовивідних шляхів, синдромом хронічної ендегенної інтоксикації та вторинного імунodefіциту.

Мета дослідження

Вивчити поширеність та особливості перебігу лямбліозу в дітей залежно від віку.

Матеріал і методи

Під спостереженням знаходилися 96 дітей, які перебували на стаціонарному лікуванні з приводу хронічної патології травної системи. Проводилося багатопланове анкетування з уточненням анамнестичних соціальних, побутових, екологічних, спадкових та інших особливостей дітей. При анкетуванні визначалися місце та матеріально-побутові умови проживання дітей, склад сім'ї. Зверталася увага на спосіб життя дитини та сім'ї в цілому, характер харчування (склад їжі, вживання гострої, жирної, смаженої їжі, регулярність та режим харчування). При огляді оцінювали фізичний та статевий розвиток дитини, зверталася увага на наявність виражених ознак захворювання шлунково-кишкового тракту. Всім дітям проводилося загальноприйняте об'єктивне обстеження всіх органів і систем та загально-клінічні аналізи

(загальний аналіз крові, сечі, біохімічний аналіз крові, аналіз калу на яйця гельмінтів та цисти лямблій). Діагноз верифікували за МКХ - 10 із застосуванням клінічного, ендоскопічного, ультразвукового та лабораторного досліджень.

Морфологічні зміни слизової оболонки оцінювали за візуально-аналоговою шкалою. Методом імуноферментного аналізу визначалися лямбліозні антигени в калі дітей. Результати дослідження оброблені загальноприйнятими методами варіаційної статистики та кореляційного аналізу за Пірсоном за допомогою пакетів комп'ютерних програм "Statistica" for Windows 8.0.0. (SPSS I.N.C.; 1989-1997), "Statistica V.6.0 (Stat Soft Inc; 1984-1996) [4].

Обговорення результатів дослідження

На сьогоднішній день єдиним джерелом інформації про поширеність лямбліозу є дані статистичних звітів, з яких неможливо отримати уяву про захворюваність та поширеність цієї патології в дітей залежно від віку, статі та місця проживання. У цілому поширеність лямбліозу серед дітей Чернівецької області складає 12,5%, серед дітей молодшого шкільного віку - 9,7%, серед дітей пубертатного віку -14,8%. Захворюваність на лямбліоз дітей Чернівецької області в 2006 р. склала 185 на 100 тис. дитячого населення. Серед обстежених дітей гепатобіліарна форма лямбліозу траплялася у формі дискінезій жовчовивідних шляхів, гострого і хронічного холециститу та хронічного холецистохолангіту (табл. 1).

Розподіл дітей за віком, статтю та місцем проживання наведений в таблиці 2.

Враховуючи важливу роль харчування в розвитку хронічних захворювань органів травлення, проведено аналіз цього анамнестичного фактора. Виявлено, що тільки в невеликій кількості дітей (15,8%) мало місце природне вигодовування. У решти дітей штучне вигодовування було з перших місяців життя, при цьому адаптовані молочні суміші отримувала лише невелика кількість дітей (21,9%).

Переважає більшість дітей (82,9%) харчувались не регулярно, вживали теплу їжу лише 1-2

Таблиця 1
Розподіл хворих гепатобіліарною формою лямбліозу залежно від характеру захворювання

Характер захворювання	Кількість хворих	%
Дискінезія жовчовивідних шляхів	45	46,8
Гострий холецистит	5	5,2
Хронічний холецистит	34	35,4
Хронічний холецистохолангіт	12	12,5

Таблиця 2

Розподіл дітей за віком, статтю та місцем проживання

Місце проживання	4-10 років		11-18 років	
	хлопчики	дівчатка	хлопчики	дівчатка
м. Чернівці	11	9	10	12
Чернівецька область	18	15	7	14

Таблиця 3

Частота об'єктивних ознак гепатобіліарної форми лямбліозу в обстежених дітей

Патологічний симптом	Кількість хворих	%
Пальпаторна болючість у правому підребер'ї	67	69,7
Збільшення печінки	45	46,8
Болючість у ділянці проекції жовчного міхура	17	17,7
Позитивний симптом Ортнера	25	26
Іктеричність склер	36	37,5
Судинні «зірочки»	13	13,5
Блідість носо-губного трикутника	27	28,1

рази на день (54,6%). У структурі харчування вірогідної різниці у вживанні основних груп продуктів між групами дітей, що порівнюються, не виявлено ($p > 0,05$). Так, у харчовому раціоні дітей у ранньому та старшому віці відмічалось зниження вживання овочів, фруктів, молочних продуктів, м'яса, риби при постійному надлишку хліба, макаронно - круп'яних виробів та солодоців. Такий дисбаланс харчування призвів до того, що поряд із енергетичною та вітамінною недостатністю проявлявся і дефіцит білка, в тому числі тваринного.

Більшість дітей (67,7%) скаржились на біль у правому підребер'ї, котрий виникав після фізичного навантаження, вживання смаженої та жирної їжі. Біль носив гострий та виражений характер.

Диспепсичні прояви (знижений апетит, нудота, блювання, відрижка, гіркота в роті, запори, проноси) реєструвалися в усіх дітей. Постійно виявлялися нудота та знижений апетит (100%). Варто зауважити, що ці симптоми найдовше зберігалися в дітей молодшого шкільного віку.

Діти, хворі на гепатобіліарну форму лямбліозу, виявляли скарги на головний біль, який мав стійкий, нападаподібний характер та майже не піддавався медикаментозному лікуванню. Скарги на загальну слабкість, швидко втомлюваність виявляли менше половини дітей. У дітей пубертатного віку характерним симптомом була субфебрильна температура (23,6%).

До об'єктивних симптомів, характерних для гепатобіліарної форми лямбліозу, ми віднесли пальпаторну болючість у правому підребер'ї, епігастрії, позитивний симптом Ортнера, збільшення розмірів печінки, іктеричність склер, "зірочки", блідість носо-губного трикутника,

розширення внутрішньошкірних капілярів потилиці. Частота об'єктивних ознак наведена в таблиці 3.

Варто звернути увагу на клінічні ознаки, які трапляються дещо рідше, однак є характерними для лямбліозу: нерівномірність забарвлення шкіри (субіктеричне, буровато-субіктеричне забарвлення шкіри шиї, бокових поверхонь живота, підпахвових ділянок), фолікулярний точковий кератоз із переважною локалізацією на розгинальних поверхнях рук і ніг, бокових поверхнях живота, сухість шкіри долонь, хейліт. Перераховані клінічні ознаки частіше трапляються в дітей молодшого шкільного віку (56,6%), тоді як в дітей пубертатного віку характерними є артралгії (9,6%), міалгії (17,7%), атопічний дерматит (23,5%).

У дітей різних вікових груп різняться і загальний аналіз крові. Так, у більшості обстежених дітей молодшого шкільного віку в загальному аналізі крові визначали лейкоцитоз, еозинofilію, моноцитоз, анемію (67,8%), тоді як у дітей пубертатного віку - лейкоцитоз, еозинopenію, моноцитopenію, сповільнену швидкість осідання еритроцитів (45,7%).

Згідно наших результатів мікроскопічного дослідження дуоденального вмісту, як правило, лямбллі знаходили в усіх трьох порціях жовчі.

Переважаючим ендоскопічним варіантом змін слизової оболонки був поверхневий гастрит у 14 (14,5%) дітей, у 3 дітей він носив розповсюджений характер (пангастрит). У 2 дітей спостерігався ерозивний гастрит. Гіпертрофічний варіант дуоденіту виявили у 8 (8,8%) дітей, поверхневий варіант змін - у 27 (28,1%), ерозивний дуоденіт - у 4 (6,6%).

Отже, поширеність гепатобіліарної форми лямбліозу серед дитячого населення Чернівецької області є досить високою, що диктує необхідність

проведення скринінгового дослідження з наступною санацією паразитів.

Висновки

1. Основним клінічним проявом лямбліозної інвазії в дітей є наявність інтоксикаційного, диспепсичного та больового синдромів. У дітей молодшого шкільного віку гепатобіліарна форма лямбліозу характеризується на фоні основних синдромів нерівномірністю забарвлення шкіри, фолікулярним точковим кератозом, сухістю шкіри долонь, хейлітом, у дітей пубертатного віку - артралгіями, міалгіями, атопічним дерматитом.

2. Характерними змінами загального аналізу крові в дітей молодшого шкільного віку є лейкоцитоз, еозинофілія, моноцитоз, анемія, у дітей пубертатного віку - лейкоцитоз, еозинопенія, моноцитопенія, сповільнена швидкість осідання еритроцитів.

3. Переважним ендоскопічним варіантом змін слизової оболонки є поверхневий гастрит та дуоденіт.

Перспективи подальших досліджень

Проведені дослідження переконливо підтверджують роль лямблій в патогенезі хронічних захворювань гепатобіліарної системи, що потребує подальшого удосконалення методів діагностики та лікування з використанням елімінаційної терапії паразитів.

Література. 1. *Карасев В.И.* Изучение биологии лямблий при помощи иммуноферментного анализа. - М.: Медицина, 2004.-45с. 2. Лямблиоз у дітей. Методичні рекомендації /Туманова Т.П.-Сімферополь, 2001.-34с. 3. *Помочева Н.И.* Распространенность лямблий и эпидемиология лямблиоза в детских учреждениях.- М.: Медицина, 2006.-123с. 4. *Rosner B.* Fundamentals of biostatistics, 6-th ed. - Belmont: Duxbury, 2003. - 682 p. 5. *Troder F.* Giardia and giardiasis in childhood //Pediatr.Infect.Dis.-2004.-№1.-P.196-211.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ВОЗРАСТНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЯМБЛИОЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Т.В. Сорокман, М.И. Полищук, Н.Г. Гингуляк, В.О. Пикузо

Резюме. Изучены распространенность и особенности течения лямблиоза у детей. Установлено, что распространенность лямблиоза среди детей Черновицкой области составляет 12,5%. Основным клиническим проявлением лямблиозной инвазии у детей является интоксикационный, диспепсический и болевой синдромы.

Ключевые слова: дети, лямблиоз, распространенность и течение.

CHILDREN AND TEENAGERS HAVE PREVALENCE AND AGE-OLD DESCRIPTION OF GIARDIASIS

T.V. Sorokman, M.I. Polishchuk, M.G. Gingulyak

Abstract. Prevalence and features of motion of hepatobiliary form of giardiasis for children is studied. It is set that prevalence of giardiasis among the children of the Chernivtsi area is 12.5%. Children have a presence of intoxication the basic clinical display of giardiasis invasion, dyspepsia and pain syndromes.

Key words: children, giardiasis, distribution and course.

Bucovinian State Medical University (Chernivtsi)

*Clin. and experim. pathol - 2007. - Vol.6, №4. -P.38-41.
Надійшла до редакції 18.09.2007*

Рецензент - проф. Л.О. Безруков