

А. Т. ЦАТУРЯН, М. А. САРҚИСЯН, А. Х. ТОРГОМЯН, А. Г. ҚАРАГЕЗЯН

## РОЛЬ ЛАМБЛИЙ ПРИ КИШЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ДЕТЕЙ

Как известно, у детей из кишечных простейших чаще всего обнаруживаются ламблии; пораженность ими в среднем доходит до 20—35%, причем в отдельных возрастных группах процент этот варьирует, давая максимум у детей в возрасте от 1 до 5 лет. Процент обнаружения ламблий, как указывают многие авторы (С. А. Козлова [6], М. Ф. Мизгирева [10], П. Д. Рейтынбарг [13], А. А. Курдина с сотр. [8], А. Ш. Исмаилова [5], и др.), значительно выше у детей, страдающих кишечными расстройствами.

По вопросу о патогенности ламблий мнения авторов расходятся в трех направлениях. Одна группа признает ламблии безусловно патогенным видом, способным самостоятельно вызывать патологический процесс в кишечнике и в желчных путях (Л. Б. Берлин с сотр. [2], М. З. Винников [3], Н. Б. Щупак [14], Вакс [15], Е. М. Тареев [12], А. И. Маркарян [9] и др.). Другие исследователи считают ламблии косвенным агентом в патологическом процессе, отягощающим и затягивающим основное заболевание, в частности, бактериальную дизентерию (Н. А. Дехкан-Ходжаева [4], В. Д. Молдавская и сотр. [11], М. Ф. Мизгирева [10], С. А. Козлова [6], Ф. П. Колчин [7] и др.). Наконец, есть авторы, полностью отрицающие патогенную роль ламблий в этио-патогенезе кишечных заболеваний (А. И. Авенирова [11], А. Ш. Исмаилова [5] и др.).

Для выяснения роли ламблий при кишечных заболеваниях у детей раннего возраста нами проводились наблюдения над детьми, госпитализированными во II инфекционной больнице г. Еревана. У всех детей проводилось копрологическое исследование фекалий на кишечные простейшие и гельминты, бактериологическое исследование на патогенную группу, а также подробно разрабатывались истории болезни с учетом всех патологических сдвигов и результатов лечения. Всего было охвачено 2165 больных детей, имеющих пораженность кишечными простейшими и гельминтами (табл. 1).

Таблица 1

Число обследованных детей	<i>Entamoeba histolytica</i>	<i>Entamoeba coli</i>	<i>Jodamoeba bütschlii</i>	<i>Endolimax nana</i>	<i>Lambia intestinalis</i>	<i>Trichomonas hominis</i>	<i>Chilomastix mesnili</i>	<i>Ascaris lumbricoides</i>	<i>Trichocephalus trichiurus</i>	<i>Hymenolepis nana</i>	<i>Taeniarinchus saginatus</i>
2165	12 0,6%	17 0,8%	5 0,2%	4 0,2%	550 25,4%	51 2,4%	8 0,4%	114 5,3%	28 1,3%	2 0,1%	1 0,05%

Из 2165 больных была выделена группа в 898 чел., у которой было произведено не менее трех исследований на кишечные простейшие и не менее пяти бактериологических исследований; из них с диагнозом острой дизентерии было 520 и хронической—378 чел. Среди этой группы детей ламблии обнаружены в 41,3%.

При распределении детей на отдельные возрастные группы выяснилось, что ламблии по возрастным показателям обнаруживаются у них не с одинаковой частотой: в возрасте от 0 до 6 мес. ламблии были обнаружены в 17,0%, от 6 мес. до 1 года—в 32,5%, от 1 года до 2 лет—в 65,4%. Детей в возрасте от 2 до 5 лет всего оказалось 66 чел., из них у 46, т. е. в  $\frac{3}{4}$  случаев, были обнаружены ламблии.

Заражаемость ламблиями наблюдалась уже с первых месяцев жизни. Нами обнаруживались ламблии у месячного ребенка. По мере роста ребенка, по-видимому, условия для заражения становятся более благоприятными, и зараженность в возрасте от 1 года до 2 лет достигает 65,4%. Так как группа детей от 2 до 5 лет оказалась малочисленной, то мы воздерживаемся делать какой-либо вывод. По-видимому, этот возраст дает еще более высокую инвазированность, чем дети от 1 года до 2 лет.

*Entamoeba histolytica* выявлена в 8 случаях. Клинический и паразитологический разбор этих случаев показал, что имело место носительство, а патологические явления были вызваны не дизентерийной амемой.

Патогенные бактерии были обнаружены у 321 чел., т. е. в 35,8% случаев. В 23 случаях имелась смешанная инфекция отдельными видами дизентерийных бактерий и салмонелл, причем значительно чаще встречалась смешанная инфекция дизентерийной бактерии группы Флекснера и салмонеллами и весьма редко другими видами.

По отношению ко всем выявленным случаям патогенных бактерий вид Флекснера составлял 47,5%, Григорьева-Шига—0,9%, Зонне—5,8%, Штутцер-Шмитца—0,6% и бактерии группы салмонелл—45,2%. Сочетанных случаев ламблий и патогенных бактерий было 15%, по отношению же ко всем случаям обнаружения ламблий они составляли 36,4%.

Таким образом, немногим более чем у одной трети лиц, зараженных ламблиями, обнаруживаются патогенные бактерии, а среди лиц, у которых высеяны патогенные бактерии, ламблии обнаруживаются почти в 50,0%.

Из числа первичных больных 172 ребенка были исследованы в отношении колибациллеза и в 27 случаях выделены патогенные серотипы кишечной палочки (15,7%), причем в 5 случаях имелось сочетание с ламблиями.

Находившиеся под наблюдением 898 человек, в зависимости от патогенной бактериальной флоры и протозойной фауны кишечника, были подразделены нами на следующие четыре группы:

I—лица, у которых были обнаружены только ламблии—236 человек, из них с острой формой заболевания—92 и хронической—144;

II—лица, у которых были обнаружены одновременно ламблии и па-

тогенные бактерии—135 человек, из них с острой формой заболевания—68 и хронической—67;

III—лица, у которых были обнаружены только патогенные бактерии—186 человек, с острой формой—125 и хронической—61;

IV—лица, у которых не были обнаружены ни ламблии и ни патогенные бактерии—341 человек, из них с острой формой заболевания—222 и хронической—119.

Все без исключения дети с первого дня поступления на стационарное лечение получали противодизентерийные средства—антибиотики, сульфаниламидные препараты, а также витамины и общеукрепляющее лечение. Всем детям, у которых были обнаружены ламблии, назначался акрихин по установленной схеме.

В I группе детей, зараженных только ламблиями, превалировала хроническая форма заболевания, давая периоды обострения, сменяющиеся ремиссиями. Разбор клинического материала, касающегося общего состояния, течения болезни и результатов лечения, выяснил, что эти дети чаще, чем все остальные, имели или нормальную, или субфебрильную температуру; течение болезни у них было относительно легким. Случаи с легким течением и со средней тяжестью заболевания составляли 70%. Гипотрофия II—III степени наблюдалась чаще у детей с хронической формой заболевания—39,5%. Осложнения со стороны дыхательных органов—катар верхних дыхательных путей, пневмония, чаще мелкоочаговая—в этой группе наблюдались только в 7,6%.

Стул у всех больных обычно был жидким или кашицеобразным с примесью слизи, изредка крови. Дефекация бывала не частой и в превалирующем большинстве случаев доходила до 3—5 раз в сутки.

Полный курс лечения акрихином проведен у детей данной группы в 70,6%; акрихинотерапия давала хороший результат; нормализация стула у детей наступала после лечения акрихином в 85,1%.

Как было сказано выше, при наличии только ламблий течение заболевания было сравнительно легким, но все же наблюдались патологические явления в кишечнике, которые исчезали только после проведения акрихинотерапии, при отрицательных результатах предварительно проведенного противодизентерийного лечения. Это говорит за то, что ламблии в этой группе детей являлись единственным этиологическим фактором, вызывавшим патологический процесс.

Во II группе детей, инфицированных одновременно ламблиями и патогенными бактериями, число острых и хронических случаев заболевания было одинаково. Надо полагать, что увеличение случаев с острыми проявлениями в этой группе по сравнению с предыдущей было вызвано наличием патогенных бактерий, обостряющих течение заболевания.

Температура в 38° и выше наблюдалась в 48,2%; общее состояние при поступлении в стационар было тяжелым или крайне тяжелым в 37,0%, средней тяжести—в 39,5% и только в 23,7% случаев было легким. Наивысший процент гипотрофии II—III степени давали дети этой груп-

пы—47,8. Осложнения со стороны дыхательных путей у этой группы детей наблюдались в 25,9%, причем мелкоочаговая пневмония—в 12,6%.

У детей, зараженных одновременно ламблиями и патогенными бактериями, патологический процесс в кишечнике чаще протекал остро, периоды ремиссии были реже и короче. Стул был жидкий с примесью слизи; кровь наблюдалась редко. Дефекация бывала частой и доходила в сутки от 5 до 8—10 раз.

Дети этой группы труднее поддавались комплексному лечению. Около 9,0% детей выписалось из стационара без улучшения, 30,3%—с улучшением и 61,5%—выздоровевшими. Нормализация стула при проведении комплексного лечения (противодизентерийными препаратами и акрихином) наступала в 77,7%.

На остальных двух группах больных детей (III и IV), у которых ламблии не были обнаружены, мы не считаем нужным подробно останавливаться, так как в данной работе нас интересовал вопрос о роли ламблий в патологическом процессе кишечника, однако необходимо отметить, что в группе детей с сочетанной инфекцией патогенными бактериями и ламблиями течение заболевания было более тяжелое, чем в группе, зараженной только бактериями. Это обстоятельство указывает на то, что ламблии осложняют патологический процесс в кишечнике, что подтверждается и тем, что выздоровление больных наступало позднее и только после применения акрихинотерапии. В группе же зараженных только патогенными бактериями нормализация стула после противодизентерийного лечения наступала в 92,0%.

Так как одним из характерных признаков для суждения об улучшении состояния ребенка является нормализация стула, то ниже приводим таблицы нормализации стула в связи с лечением акрихином в двух первых группах—I и II.

Лечение акрихином было проведено в обеих группах в 66,8%. Остальные дети обеих групп, по той или иной причине, не получили полный курс лечения акрихином и у этих детей нормализация стула не наступала.

У детей, у которых были обнаружены только ламблии, после акрихинотерапии нормализация стула наступала в 85,1%, у детей же, имевших сочетанную инфекцию, нормализация стула наступала в меньшем проценте, а именно—в 77,7%. Это обстоятельство еще раз указывает на то, что при сочетанных инфекциях патологический процесс в кишечнике протекает тяжелее и труднее поддается лечению.

Среди детей, у которых были обнаружены ламблии, наблюдались случаи, когда нормализация стула наступала и без лечения акрихином. Это, по всей вероятности, было вызвано тем, что ламбليоз, как протозойное заболевание, может дать временное улучшение и без медикаментозного вмешательства. Возможно также, что в некоторых случаях имелось только здоровое носительство.

На основании полученных данных можно отметить, что ламблии в кишечнике ребенка обуславливают патологический процесс. В случаях,

Таблица 2

Группа детей, у которых обнаружены только ламблии

В о з р а с т	Число больных	Нормализация стула			
		не наступила	Н а с т у п и л а		
			всего	и з н и х	
			без лечения акрихином	после лечения акрихином	
До 6 мес. . . . .	21	9	12	3	9
от 6 мес. до 1 года . . .	72	20	52	3	49
от 1 до 2 лет . . . . .	111	32	79	16	63
от 2 до 5 лет . . . . .	32	7	25	3	22
<b>В с е г о</b>	<b>236</b>	<b>68</b>	<b>168</b>	<b>25</b>	<b>143</b>
%    %		28,8	71,2	14,9	85,1

Таблица 3

Группа детей, у которых обнаружены ламблии и патогенные бактерии

В о з р а с т	Число больных	Нормализация стула			
		не наступила	Н а с т у п и л а		
			всего	и з н и х	
			без лечения акрихином	после лечения акрихином	
До 6 мес. . . . .	16	6	10	1	9
от 6 мес. до 1 года . . .	40	15	25	5	20
от 1 до 2 лет . . . . .	65	25	40	8	32
от 2 до 5 лет . . . . .	14	4	10	5	5
<b>В с е г о</b>	<b>135</b>	<b>50</b>	<b>85</b>	<b>19</b>	<b>66</b>
%    %		37,0	63,0	22,3	77,7

когда имеется только инвазия ламблиями, патологический процесс в кишечнике протекает относительно легко, вызывая чаще хроническое течение заболевания без повышения температуры или с субфебрильной температурой. Течение заболевания бывает или легким, или средней тяжести. Акрихинотерапия дает хорошие результаты с большим процентом выздоровления и нормализации стула.

Тот факт, что выздоровление наступает только после лечения акрихином, при безуспешности проведенного до этого противодизентерийного лечения, говорит за то, что ламблии в этой группе детей были причиной патологического процесса.

При заболеваниях кишечника у детей, когда в фекалиях обнаруживаются ламблии, мы рекомендуем назначение комплексного лечения с обязательным применением также противоламблиозных средств.

**В ы в о д ы**

1. Среди 896 детей, страдавших расстройством кишечного тракта, ламблии обнаружены в 41,3%. Наименее пораженными ламблиями оказались дети в возрасте до 6 мес.—17%. По мере повышения возраста процент зараженных ламблиями увеличивается и уже в возрасте от 1 года до 2 лет доходит до 65,4%.

2. У детей, зараженных только ламблиями, патологический процесс в кишечнике большей частью протекает хронически, давая более легкое течение, чем у детей, зараженных ламблиями и патогенными бактериями одновременно. Дети, имевшие сочетанную инфекцию ламблиями и патогенными бактериями, отстают в общем развитии и труднее поддаются лечению.

3. Ламблии надо рассматривать как патогенный вид, способный вызывать самостоятельное заболевание и обусловить соответствующий патологический процесс в кишечнике.

4. У всех детей, страдающих расстройством функции кишечника, наряду с бактериологическим исследованием, необходимо проводить копрологическое исследование на ламблии и при обнаружении их проводить противоламблиозное лечение.

Институт эпидемиологии и гигиены  
Министерства здравоохранения  
Армянской ССР

Поступило 15.III.1963 г.

Ա. Տ. ԾԱՏՈՒՐՅԱՆ, Մ. Ա. ՍԱՐԳՍՅԱՆ, Ա. Խ. ԹՈՐԳՈՄՅԱՆ, Ա. Գ. ԿԱՐԱԳՅՈՋՅԱՆ

ԼԱՄԲԼԻՈՅԻ ԴԵՐՐԸ ԵՐԵԽԱՆԵՐԻ ԱՂԻՔԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

**Ա մ փ ո փ ո լ մ**

Հսկողութեան տակ գտնվել են 898 երեխաներ, որոնք աղիքային հիվանդությունների պատճառով հոսպիտալացված են եղել Երևանի երկրորդ ինֆեկցիոն հիվանդանոցում: Ուսումնասիրվել է հիվանդության կլինիկական ընթացքը և կատարվել է կղանքի քննություն՝ աղիքային միաբջջիչների և պաթոգեն բակտերիաների վերաբերյալ:

898 երեխաներից 41,3 տոկոսի մոտ հայտնաբերվել են լամբլիաներ, ընդ որում, ամենացածր տոկոսը (17,0 տոկոս) նկատվել է 0—6 ամսեկան հասակ տանցող երեխաների մոտ, իսկ ամենաբարձրը՝ 1—2 տարեկանների մոտ (65,4 տոկոս):

Այն երեխաների մոտ, որոնք վարակված էին միայն լամբլիաներով դերակշռում էր հիվանդության խրոնիկ ձևը, և ընթացքը ավելի թեթև էր համեմատած այն երեխաների հետ, որոնք վարակված էին միաժամանակ լամբլիաներով և բակտերիաներով: Չերմաստիճանը առաջին խմբի հիվանդների մոտ եղել է նորմալ կամ սուբֆերիլ, երկրորդ և երրորդ աստիճանի հիպոտրոֆիա, ինչպես և բարդություններ շնչական օրգանների կողմից նկատվել է հիվանդ-

ների ավելի փոքր տոկոսի մոտ: Ակրիխինային բուժումը տվել է լավ արդյունք և հիվանդների 85,1 տոկոսի մոտ կղանքը լրիվ ձևավորվել է միայն ալերիխինային բուժումից հետո:

Այն երեխաների մոտ, որոնք վարակված են եղել միաժամանակ լամբլիաներով և պաթոգեն բակտերիաներով, հիվանդության ընթացքը եղել է ավելի ծանր, հաճախ նկատվել է ջերմության բարձրացում՝ մինչև 38 աստիճան և բարձր: Այս խմբի երեխաների մոտավորապես 50% -ի մոտ հիվանդությունը ունեցել է սուր ընթացք և նրանց 47,8% -ի մոտ երկրորդ և երրորդ աստիճանի հիպոտրոֆիա, իսկ 25,9% -ի մոտ՝ բարդություններ շնչական օրգանների կողմից: Այս խմբի երեխաները դժվարությամբ են ենթարկվել կոմպլեքսային բուժման և կղանքի ձևավորումը նկատվել է հիվանդների 77,7% -ի մոտ:

Այն երեխաները (ինչպես առաջին, այնպես էլ երկրորդ խմբերի), որոնք չեն ստացել ալերիխինային բուժման լրիվ կուրս, կղանքը լրիվ չի ձևակերպվել:

Այսպիսով, այն երեխաները, որոնք վարակված են եղել միայն լամբլիաներով, կամ միաժամանակ լամբլիաներով և պաթոգեն բակտերիաներով, առողջացել են միայն ալերիխինային բուժումից հետո, մինչդեռ նախնական հակադիզենտերիային բուժումը չի տվել անհրաժեշտ էֆեկտ:

Այս փաստը վկայում է այն մասին, որ լամբլիաները կարող են հանդիսանալ պաթոլոգիական պրոցեսի պատճառ:

Ստացված տվյալների հիման վրա մենք հանգել ենք այն եզրակացության, որ լամբլիաները կարելի է դիտել որպես պաթոգեն տեսակ, որոնք ինքնուրույն ձևով կարող են առաջացնել պաթոգեն պրոցես աղիներում:

## Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Авенирова А. И. Педиатрия, 1957, 4.
2. Берлин Л. Б., Левин Б. С., Исаев П. Л., Шмитт О. О. Клинич. медицина, 1934, т. XII, 9.
3. Винников М. Э. Ламблиоз (клинико-экспериментальное исследование). Докт. дисс. 1943.
4. Дехкан-Ходжаева Н. А. Вопросы краевой патологии, 1955, 6.
5. Исмаилова А. Ш. К вопросу о значении ламблий в заболеваниях желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста. Канд. дисс. 1958.
6. Козлова С. А. Влияние ламблий на течение дизентерии у детей раннего и младшего возраста. Автореф. канд. дисс. 1958.
7. Колчин Ф. П. Здравоохранение Казахстана, 1958, 1.
8. Курдина А. А., Малинина К. Н., Панферова Е. А. Мед. параз. и паразит. бол., 1958, 2.
9. Маркарян А. И. Педиатрия, 1959, 1.
10. Мизгирева М. Ф. Мед. паразит. и паразит. бол., 1957, 1.
11. Молдавская В. Д., Блитштейн И. И., Родкин С. Р., Чернявская Ф. П., Левин Р. Б. Тезисы докл. Харьков. научн. исслед. И-та Охр. мат. и млад. 1955.
12. Тареев Е. М. Внутренние болезни. М., 1957.
13. Рейтынбарг П. Д. Мед. паразит. и паразит. бол., 1958, т. 27, 2.
14. Щупак Н. Б. Ламблиоз кишечника и желчных путей. Киев, 1952.
15. Wake Jose. Реферат, журн. „Биология“, 1957, 17.