

© Коллектив авторов, 2010

В.Г. Сварич, Д.А. Лисицын, И.С. Севериновский

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ЛЯМБЛИОЗА У ДЕТЕЙ

Республиканская детская больница, г. Сыктывкар, РФ

Боли в животе у детей являются одной из основных причин обращения в приемные отделения детских больниц. В первую очередь в таких случаях проводится дифференциальный диагноз с острыми хирургическими заболеваниями, в частности, с острым аппендицитом. Только у 10–25% пациентов проводится аппендэктомия, у остальных больных диагноз острой хирургической патологии брюшной полости исключается. Для выявления причин болевого абдоминального синдрома (БАС) такие дети обычно обследуются гастроэнтерологами в амбулаторных или стационарных условиях. При этом довольно часто обнаруживается, что БАС обусловлен наличием лямблий. К сожалению, результаты различных методов обследования на лямблиоз не всегда достаточно информативны.

Целью нашего обследования являлась сравнительная оценка различных методов диагностики лямблиоза у детей.

В период с 2003 по 2008 гг. на лечении в педиатрическом отделении находились 1762 ребенка в возрасте от 4 мес до 14 лет по поводу болей в животе с исключенной острой хирургической патологией брюшной полости. Детям проведено комплексное обследование, которое включало определение специфических IgG- и IgM-антител к антигенам лямблий с помощью иммуноферментного анализа (ИФА) – диагностический титр 1:20 и выше; микроскопию дуоденального содержимого, полученного при аспирации с помощью тонкого зонда, вводимого через биопсийный канал эзофагогастроскопа во время эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС); микроскопию содержимого двенадцатиперстной кишки, полученного с помощью дуоденального зондирования; анализ кала на наличие цист лямблий.

Из 1762 пациентов лямблиоз обнаружен различными методами у 566 детей (32,1%). Среди детей, обследованных с помощью ИФА (441 пациент), диагностичес-

кий титр антител к антигенам лямблий был выявлен у 256 (58%). Микроскопия дуоденального содержимого, полученного при аспирации во время проведения ЭГДС, позволила визуально обнаружить лямблии у 276 пациентов (23,8%) из 1160 обследованных. При микроскопии содержимого, полученного во время «слепого» дуоденального зондирования, лямблии удалось визуализировать только у 8 (10,5%) из 76 пациентов. Микроскопическое исследование кала на цисты лямблий позволило их обнаружить только у 26 (1,5%) из 1711 обследованных детей.

Среди 27 пациентов, обследованных на лямблиоз с помощью ИФА и микроскопии дуоденального содержимого, полученного во время ЭГДС, процент совпадения положительных результатов составил 1,6; среди 8 детей, у которых лямблии были выявлены при микроскопии кала и дуоденального содержимого, полученного при ЭГДС, – 0,5%; среди 4 больных, у которых лямблии были выявлены при микроскопии дуоденального содержимого, полученного при слепом зондировании и во время ЭГДС, – 0,23%; среди 3 пациентов, обследованных на лямблиоз с помощью ИФА и микроскопии кала, – 0,17%. Таким образом, совпадение положительных результатов имело место только у 42 детей (2,5%), обследованных на лямблиоз двумя методами.

Таким образом, абсолютным основанием к установлению диагноза лямблиоза является выявление лямблий при визуальном исследовании кала или дуоденального содержимого. Наилучшей разрешающей способностью обладает микроскопия дуоденального содержимого, полученного при аспирации с помощью тонкого зонда, вводимого через биопсийный канал эзофагогастроскопа во время ЭГДС. Положительные результаты ИФА крови на лямблиоз не исключает наличия следовых реакций в виде специфических IgG у пациентов, которые ранее перенесли лямблиоз и в настоящее время санированы.

