

**«Астана медицина университеті» ЕАҚ  
Балалар жұқпалы аурулар кафедрасы**

**ПРЕЗЕНТАЦИЯ**

Тақырыбы: Балалардағы гельминтоздар: аскаридоз, энтеробиоз,  
тениаринхоз, лямблиоз.

Орынлаған: Сансызбаева Ж.М.

Утел Л.У.

634 ЖТД

Тексерген: Хамитова М.О.

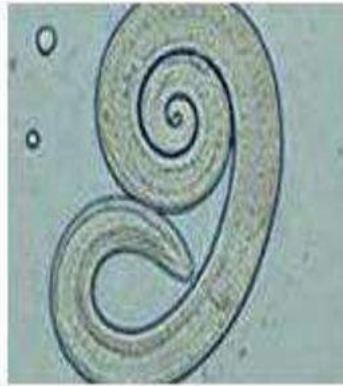
Нұр-Сұлтан 2021



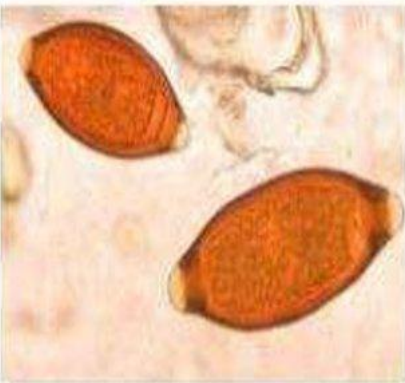
Аскаріды



Острицы



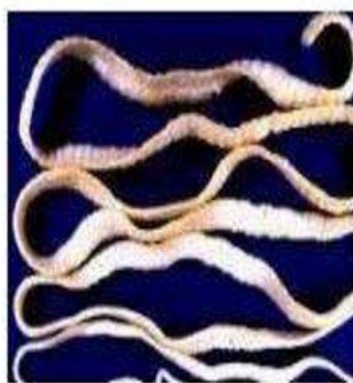
*Trichinella spiralis*



*Trichuris trichiura*



*Toxocara canis*



*Taeniarhynchus saginatus*

- **Гельминтоздар** (грек. helminthos – құрт) – паразит құрттардың адаммен, жануармен және өсімдіктердің организміне еніп, көбеюі салдарынан пайда болатын ауру түрлері.
- Гельминтоздар адамда сорғыш, таспа, жұмыр, т.б. құрттардың паразиттік тіршілігі салдарынан пайда болады. Гельминтоздардың аталуы ауру туғызатын құрттардың түріне қарай.

- **Аскаридоз** – антропонозды ішек гельминтозы, бастапқы кезеңінде токсико – аллергиялық генездегі өкпедегі эозинофильдік инфильтраттармен, ақырғы кезеңінде – диспепсиялық бұзылыстармен, одан ары қарай ауыр асқынулармен сипатталады.
- *Ascaris lumbricoides* - етті ішекті цилиндрлік жұмыр құрт, ол адамның ішегін колонизациялайтын ең үлкен нематод. Құрттардың ересек еркектері мен аналықтары бір жылға жуық өмір сүреді, осы уақытта бір аналық тәулігіне 240 мыңға дейін жұмыртқа бере алады.

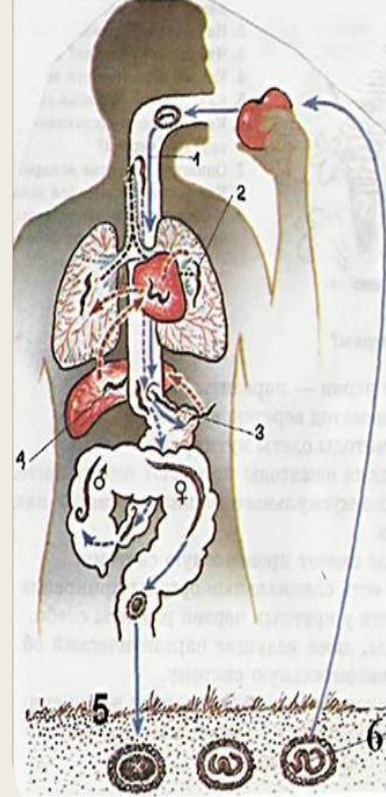


Қауіптің негізгі факторларына санитарлық-гигиеналық деңгейі төмен және ауылшаруашылық тәжірибелері бар эндемикалық аймақтарда саяхаттау немесе көшіп қону кіреді.

- **Эпидемиялық алғышарттар:**
- Жуылмаған тағамдарды қолдану;
- Санитарлық мәдениеттің төмендігі және қолайсыз жағдайдағы тұрмыс;
- Тұрғын үйлердің санитарлы – гигиеналық жағдайының төмендігі;
- Фекальды тыңайтқыш ретінде қолдану және тоқтау сулармен бақшаларды суару;
- Инфекция көзі және резервуары – аскаридамен инвазирленген адам.

**Аскариданың тіршілік циклы** – сыртқы ортада ылғалды топырақ арқылы таралады. 21 күн немесе бірнеше айда ұрықтанған қуыршақтар пайда болады, олар инвазивті түрге айналады — топырақтан адам қолына өтіп (жеміс – жидек, көкөніс т.б.) ауыз арқылы асқазанға түседі – венозды жүйеге, осы арқылы оң жүрекшеге өтеді — өкпеге өтіп, капиллярларды бұзады – алвеола қуысына түседі – бронх арқылы қайтадан жұтқыншаққа өтеді, сілекеймен жұтылады – асқазанға түседі – 2,5 – 3 айдан кейін үлкен аскаридаларға айналады. Даму циклы қайталанып сілтеме міндетті отырады.

## Цикл развития аскариды

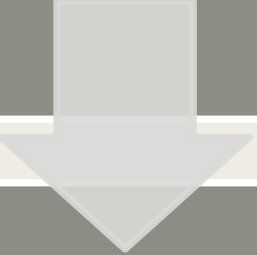


- 1 – Попадание яиц через грязные фрукты, овощи в организм человека.
- 2 – Выход личинок (2) в кровь через стенки кишечника (3).
- 3 – Попадание личинок в разные органы (в том числе – в легкие), их воспаление(4)
- 4 – Вторичное проглатывание личинок при кашле и их попадание в кишечник.
- 5 – Половое созревание червей, образование оплодотворенных яиц. Попадание яиц в почву

яиц. Попадание яиц в почву  
оплодотворенных  
яиц. Попадание яиц в почву

# Жіктелуі

Түрі бойынша:

- типтік (манифест);
  - типтік емес (субклиникалық, симптомсыз).
- 

Аурудың фазасы бойынша:

Ерте;  
кеш.



Ауырлығы бойынша:

жеңіл форма;  
орташа форма;  
Ауыр форма.

Асқынулардың болуы бойынша:

асқынусыз;

Ішек асқынуларымен (ішек өтімсіздігі, перитонит, аппендицит, холангит, гепатит, обструктивті сарғаю, панкреатит); Ішектен тыс асқынулар кезінде (іріңді холангит, бауыр абсцесі, іріңді плеврит, сепсис, іштің абсцесі, асфиксия және т.б.).

# Клиникасы:

## **Жалпы симптомдары:**

### *Миграция фазасында :*

- инкубациялық кезең 4 -8 апта;
- токсико – аллергиялық көріністер: жөтел, крапивница, терінің қышуы, субфебрильді температура, кеуде қуысында ауырсыну, тихикардия, АҚ төмен, кей кезде бауырдың үлкеюі.

### *Асқазандық фазасы:*

-бронхопневмония және бронхит белгілері: асматикалық ұстамалар, жоғары температура, өкпедегі құрғақ және дымқыл сырылдар, перкуторлық дыбыстың қысқаруы;

- өкпедегі эозинофильдік инфильтраттар және қабыну ошақтары.

**Аскаридоздың асқазандық кезеңінің асқынулары:** жетілген аскаридалардың топтарынан-ішек өтімсіздігі , аскаридалардың ішек қабырғасын тесіп немесе реперациялық тігіс арқылы іш қуысына түсу салдарынан – перитонит, механикалық сарғаю-құрттардың жалпы өт жолына түсуі, ұйқы без жолдарының бітелуі, асфиксия-аскаридалардың жоғарғы тыныс жолдарына түсу салдарынан.

### Лабораторлы зерттеулер:

ЖҚА;(□ эозинофилия, лейкоцитоз, нейтрофилез, увеличение СОЭ)

ЖЗА;(незначительная альбуминурия, цилиндрурия.)

- Капрологиялық зерттеу, аскариданың жұмыртқаларын анықтау, асқынуларды анықтау (қабыну және мальабсорбция белгілері);
- жұмыртқа мен гельминттердің дернәсілдеріне арналған нәжісті микроскопиялық зерттеу (*Ascarislumbricoides* жұмыртқаларын анықтау);
- биохимиялық қан анализі (ALT, AST, амилаза);

Іш қуысы мүшелерінің ультрадыбыстық зерттеуі.

Амбулаториялық деңгейде жүргізілген қосымша диагностикалық тексерулер:

- өкпенің рентгенографиясы;
- ИФА - қандағы IgM, IgG-ден *Ascarislumbricoides* анықтау (микроскопияның теріс нәтижесі болған жағдайда);

Молекулалық-генетикалық әдіс (ПТР нәжісі) (теріс микроскопия және ИФА кезінде)



## Диагностикалық критерийлері:

Шағымдар мен анамнез:

Ерте (миграциялық, дернәсілдік) фаза: инвазияның төмен жылдамдығында:

□ шағымдар жоқ; жедел қарқындылығында:

- температураның көтерілуі (субфебрильден фебрильге дейін); Әлсіздік; Қалтырау;
- ыңғайсыздық сезімі және іштің ауыруы; жүрек айну, тері бөртпелері; Беттің, жұмсақ тіндердің ісінуі;
- құрғақ немесе ылғалды жөтел (аздаған шырышты немесе қанды қақырықты);

Түншығу ұстамалары; Бос нәжіс.

Кеш (жыныстық жетілген аскариданың ішек, паразиттік фазасы):

Тәбеттің төмендеуі; салмақ жоғалту; іш ауыруы; жүрек айну; Құсу; бас ауыруы;

Бас айналу; шаршаудың жоғарылауы; ұйқының бұзылуы; іш қату мен диареяның кезектесуі;

- психикалық бұзылулар (обсессивті қорқыныш, күдіктілік, мазасыздық);

Истериялық ұстамалар; Эпилептиформды ұстамалар; жұмысқа белсенділік төмендеуі;

# Салыстырмалы диагностика

## Вирустық гастроэнтерит

### БЕЛГІЛЕР:

Типтік белгілер - бұл сулы диарея, құсу немесе екеуі де, олар өздігінен температура, әлсіздік және анорексиямен немесе онсыз өтеді. Диарея мен құсу аскаридозбен сирек кездеседі

## Амебиаз

### БЕЛГІЛЕР:

Әдетте ол бірнеше күнге созылатын диареямен, іштің ауырсынуымен және салмақ жоғалумен көрінеді. Егер бауыринфекциясы болса, сарғаю, оң жақ квадранттың ауыруы және гепатомегалия пайда болуы мүмкін.

## Сальмонелла инфекциясы

БЕЛГІЛЕР: Жүрек айнуы, құсу және диарея көрінеді.

Сондай-ақ, науқастар бас ауруы, іштің ауыруы, лихорадка немесе миалгияға шағымдана алады.

Науқаста анамнезінде ластанған тамақты (мысалы, аз пісірілген жұмыртқа немесе ет) жеу мүмкін

# Емі

Жедел асимптоматикалық курс

1-ші қатар - антигельминтикалық препараттар

Терапияның бірінші бағыты

альбендазол: 12 айдан 2 жасқа дейінгі балалар: бір реттік дозада ішке 200 мг; 2 жастан үлкен балалар мен ересектер: бір реттік дозада 400 мг ішке

мебендазол: 2 жастан үлкен балалар және ересектер: ішке 500 мг күніне 3 рет күніне 2 рет 100 мг

ивермектин: салмағы 15 кг және одан жоғары балалар және ересектер: бір рет 150-200 мкг / кг

Терапияның екінші бағыты

пирантел: балалар мен ересектер: бір реттік дозада ішке 11 мг / кг, ең көбі 1000 мг / доза

левамитозол: балалар мен ересектер: дозаны таңдау бойынша маманмен кеңесу керек.

**Алдын алу шаралары** : егер аскаридоз анықталса, шұғыл хабарлама жіберіледі

Тұтынушылардың құқықтарын қорғау департаменті;

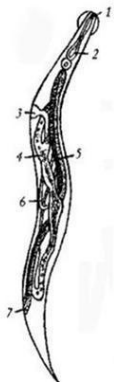
- науқас оқшаулауды қажет етпейді; ошақта ешқандай іс-шаралар жүргізілмейді; байланысатын адамдарға қатысты карантиндік және оқшаулау шаралары қарастырылмаған ұйымдастырылған;

аскаридоздың нақты профилактикасы әзірленбеген Әрі қарай басқару: 3 айға диспансерлік бақылау.

Аскарис жұмыртқаларының болуына нәжісті бақылау зерттеуі жүргізіледі

2 апта аралығымен емдеу аяқталғаннан кейін 3 апта; егер тиімсіз болса, емдеу курсы қайталанады.

## Острица



Самка острицы:  
1 — рот;  
2 — пищевод;  
3—6 — части  
половой системы;  
7 — анальное  
отверстие.



Острица:  
взрослая особь и яйца

MyShared

**Энтеробиоз** (лат. enterobiosis; англ. enterobiasis, oxyuriasis) — антропонозный контагиозный (космополитный) гельминтоз, проявляющийся зудом в перианальной области, диспепсическими расстройствами, преимущественным хроническим течением из-за повторных самозаражений больного (аутоинвазия).



*E. vermicularis*  
adult worms

DMR 1999  
MyShared

- Шағымдар мен анамнез:
- кешке немесе түнде анус аймағында қышу;
- ұйқының бұзылуы;
- Тітіркену;
- шаршаудың жоғарылауы;
- түнде зәр ұстай алмау (энурез); никтурия
- Іштің ауыруы және шуылдауы;
- Іштің кебуі.
  
- Физикалық тексеру:
- қыздарда анушта, перинэяда және ерніде сызаттар;
- экзематозды дерматит, пиодерма, сфинктерит, кейде парапроктит дамыған анус, перинэя, ерні айналасындағы терінің лихенизациясы.



MyShared

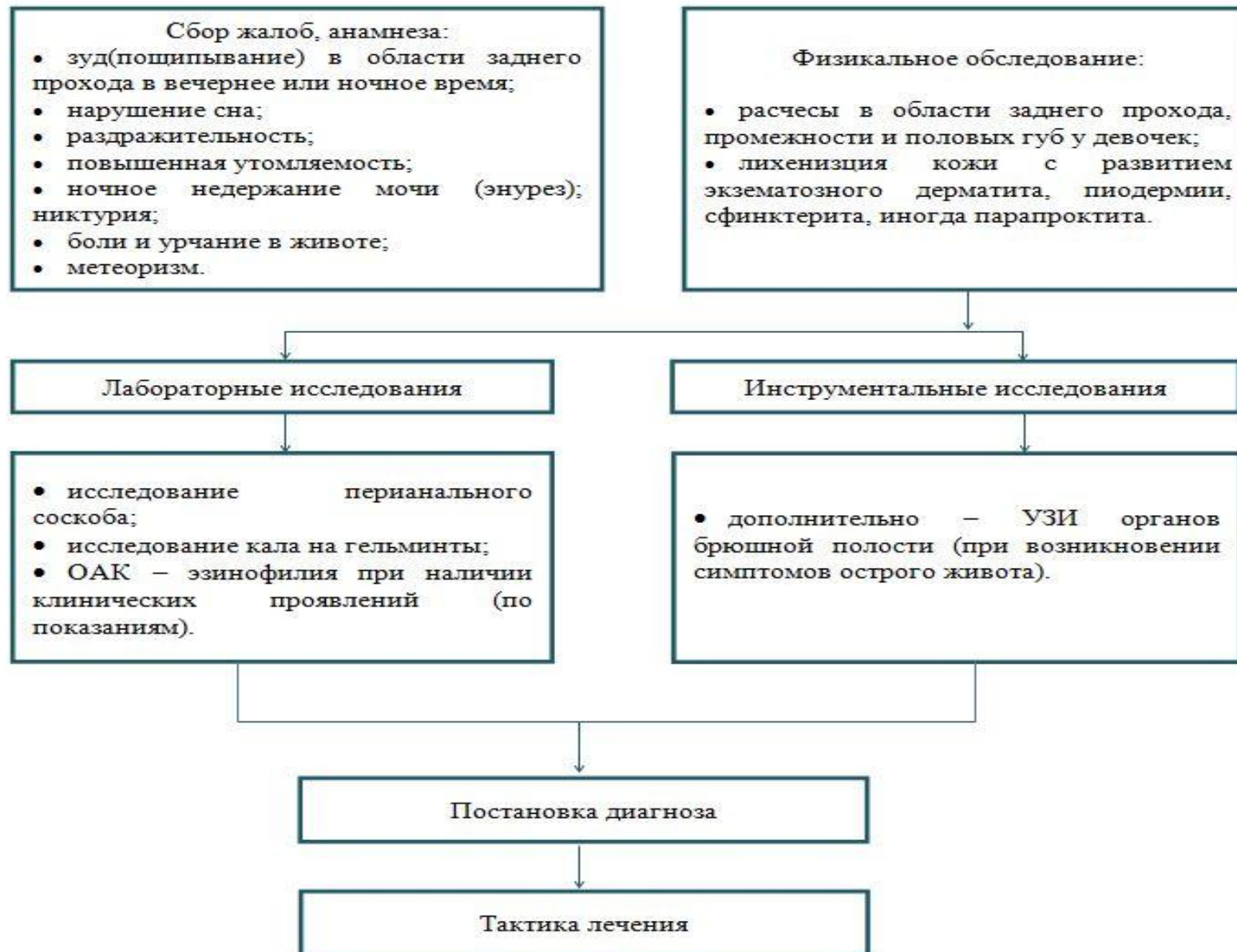
## Энтеробиоз қоздырғышының дамуы

- Энтеробиозда қабыну реакцияларын дернәсілдер гиалуронидаза, протеолитикалық ферменттер, лектике тәрізді заттар өндіріп, комплемент жүйесін ынталандырады да, простагландиндердің бөлінуіне әкеледі.
- Энтеробиоз кезінде тағамның қорытылуы мен сіңірілуі бұзылады.
- Балаларда тағамның қорытылуы мен сіңірілуінің бұзылысынан салмақ жоғалту, өсіп, дамуы тежеледі.
- Энтеробиоздың қосымша патогенетикалық механизміне ішектегі құрттардың механикалық қасиеті, салдарынан нүктелі қан құйылулар, эрозияларға, бактериалды және ішек иефекцияларын тудыратын флораның енуіне әкеледі.

- Аурудың негізгі симптомы, аналық құрттың жұмыртқа салғанда қозғалысы салдарынан пайда болатын перианальды қышу.
- Қышу әдеттегідей түнгі ұйқының алғашқы сағаттарына қатты болады. Бұл кезде құрттар жұмыртқа салады, таңға жуық олар инвазивті кезеңге жетеді.
- Перианальды қышу балаларда ауыр өтеді, емделгеннің өзінде ұзақ уақыт сақталады, себебі ми қыртысында тұрақты ошақтың қозуынан болады.
- Энтеробиоздың жиі кездесетін симптомы – іштегі ауырсыну. Инвазивті науқастарда ол ауыспалы сипатқа ие. Кейде іште өткір ауырсыну пайда болып, хирургиялық көмекке жүгінудің себебі болуы мүмкін. Бұл жағдайда анық бір патологияны табу қиын, ауаның жиналғанын ғана көруге болады.

- Көп жағдайда энтеробиоз ағымы ұзақ және қайталамалы болады. Нәтижесінде ішек биоценозы бұзылып, ішек инфекцияларына қарсы тұратын антагонистік қасиетке ие ішек микрофлорасының қызметін төмендетеді.
- Энтеробиозда құрттардың зәр шығару жүйесіне енуі мен бактериалды инфекцияның қосылуынан болатын ең ауыр асқыну вульвовагинит.
- Энтеробиоздың болуы профилактикалық екпелердің тиімділігін төмендетеді.
- Бала организмі гельминтоздар қоздырғышына тексеру керек, себебі қызамық пен сіреспеге қарсы вакцина жасау кезінде иммунитет қалыптасуын қиындатады.
- Аллергиялық аурулары бар балалар энтеробиозбен жиі ауырады.
- Энтеробиоз кезінде балалар қанында магний, мыс және цинк төмендейді. Микроэлементтер жеткіліксіздігі баланың физикалық, психалық дамуына кері әсерін тигізеді.





## **Дәрілік емес емдеу:**

Гигиеналық режимді сақтау:

- Жеке және қоғамдық гигиенаны, қолдар мен тырнақ асты кеңістіктердің тазалығын, перианальды қатпарлардың тазалығы, ойыншықтарды өңдеуді мұқият сақтау; үй-жайларды күнделікті дымқыл тазалау.
- ұйықтар алдында баланы жуындырыңыз және іш киімді ауыстырыңыз, · Таңертең баланы жуындырыңыз, іш киімін, төсек жапқышын немесе үтікті ыстық үтікпен басу.
- Асқазан-ішек жолдарының қызметі бұзылған кездегі No 4 кесте, асқазан-ішек жолдарының қалыпты жұмыс істеуі кезіндегі No 15 кесте.

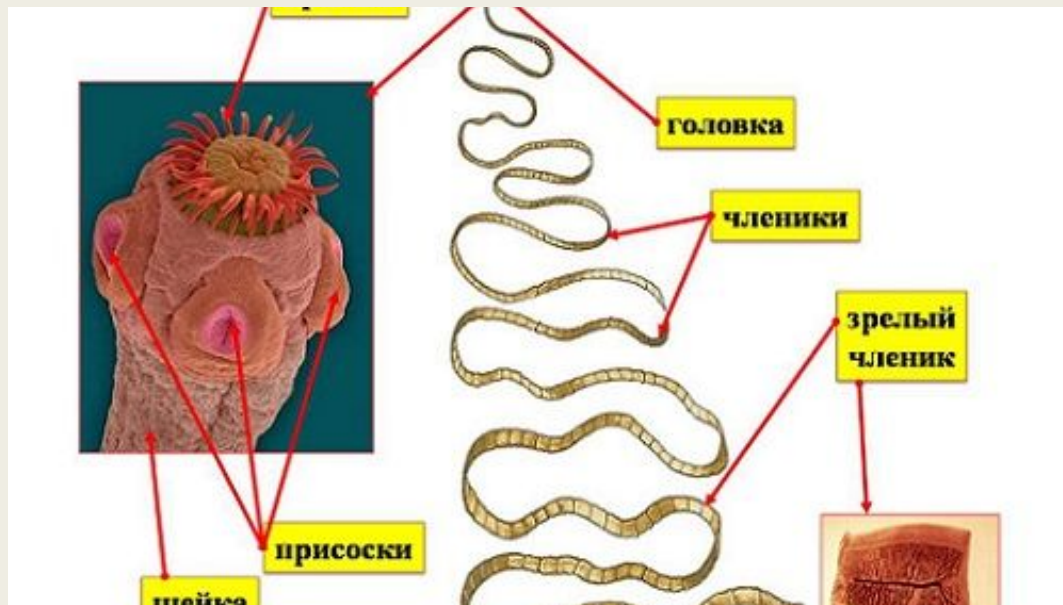
**Дәрі-дәрмектермен емдеу** : гельминттерді жоюға, асқынулардың алдын алуға, таралу қарқынын төмендетуге бағытталған:

- Антгельминтикалық (антигельминтикалық) дәрілер - пирантел (суспензия 5 мл 250 мг және таблетка 250 мг) - ішке бір рет: 6 айдан-2 жасқа дейін - әрқайсысы 125 мг. 2-6 жаста - әрқайсысы 250 мг. 6-12 жаста - әрқайсысы 500 мг. 12-18 жаста - әрқайсысы 750 мг; дене салмағы 75 кг-нан жоғары - 1 г (10 мг / кг бір рет), 2 аптадан кейін немесе мебендазол бірдей дозада қайталап енгізу (флакондардағы суспензия - 5 мл 100 мг және таблеткалар 100 мг) - ішіндегі: 2 жас - 18 жас: бір рет 100 мг, қайта жұқтыру қаупі бар, 2 аптадан кейін тағы 100 мг. 2 жастан бастап балалар (бір рет 10 мг / кг), қайталама және суперинвазияларды емдеу мақсатында 2 аптадан кейін бірдей мөлшерде қайталап тағайындау; 2 жасқа дейінгі балаларға тоқтата тұру; 2 жастан асқан балалар мен ересектерге арналған таблеткалар. Бұл кезде барлық жұқтырған отбасы мүшелері мен ұйымдасқан топтың балаларын емдеу қажет. Құрт жұмыртқасы бар балалардың көп болуымен, емтихан нәтижелеріне қарамастан, команданың барлық балаларын емдеу керек.
- Хлоропирамин, пероральді антигистаминдік (антиаллергиялық) препарат, таблеткалар 25 мг: тәулігіне 1 мг / кг, 2 дозадан.

- **Тениаринхоз** – қоздырғышы ауыз – нәжісті механизмі арқылы таралатын, көбінесе асқазан жолдарының зақымдалуымен, токсикалық – аллергиялық реакциялармен және диспептикалық бұзылу белгілерімен сиппталатын антропонозды биогельминтоз.



# Қоздырғышы



Қоздырғышы сиыр цепені – *Taeniarhynchus saginatus* болып табылады, ірі таспа құрт, оның ұзындығы 6-7м-ге дейін жетуі мүмкін,

адамның ащы ішегінде паразиттік өмір сүретін гермафродит болып табылады

Жұмыртқалары жұмыр, жұқа және мөлдір қабығында 6 қармағы бар, қоршаған ортада тез бұзылады. Әр бір жұмыртқада екі контурлы көлденең сызықты қабыршақпен қоршалған ұрық болады

# Эпидемиология

- Соңғы иесі- адам, аралық иесі – ірі қара мал. Қоздырғыш жұқтырған мал ағзасында өмір бойы сақталады.
- Берілу механизмі: фекальды – оральды
- Берілу жолы: алиментарлы
- Жұқтырған адам сыртқы ортаға көп мөйлшерде гельминт жұмыртқасын бөледі. Малдар буынаяқтар мен жұмыртқаларды инвазивті элементтер бар шөп, жем, су және тағаммен жұқтырады.

## Патогенез

- Адам АІЖ түседі Жіңішке ішектің шырышты қабатына құрт емізікшелері арқылы бекінеді, катаральды қабыну шақырады және механорецепторларын тітркендіреді таспа құрт немесе олардың бөлінген буындары жоғары қозғалғыштыққа ие ішектің басқа бөлімдеріне миграциялайды, сонымен қатар аппендикске де өт және ұйқыбез өзектеріне
- Ішектерден қоректік заттарды сорады және кейбір ішек ферменттерін шектейді

инвазия көзі болатын залалданған адам (ақырғы ие)

инвазияланған материал түскен қоршаған орта объектілері

ірі қара мал, оның денесінің тіндері инвазияның берілу факторлары болады

қабылдаушы адам (болашақ ақырғы ие), цистицеркпен залалданған етті пайдаланса, инвазия қоздырғышының көзі болады

Тениаринхоздың берілу жолдары:

# Клиникалық көріністері



## Диагностикасы:

- Гемограммада, бастапқы сатысында- эозинофилия. Кейін болмайды
- Кейде орташа дәрежелі анемия пайда болуы мүмкін
- Гельминт жұмыртқаларына кал және анусмаңынан жағынды.

## Асқынулары:

- Жиі асқынусыз
- Мүшелерге миграциялануына байланысты: жіті аппендицит, ДЖВП
- Көлемді инвазия кезінде обтурациялы ішек өтмсіздігі, сондай ақ оның қабырғаларының перфорациясын шақыруы мүмкін



## Емі

---

Гельминттерге қарсы препараттар-  
Празиквантел, никлозамид

---

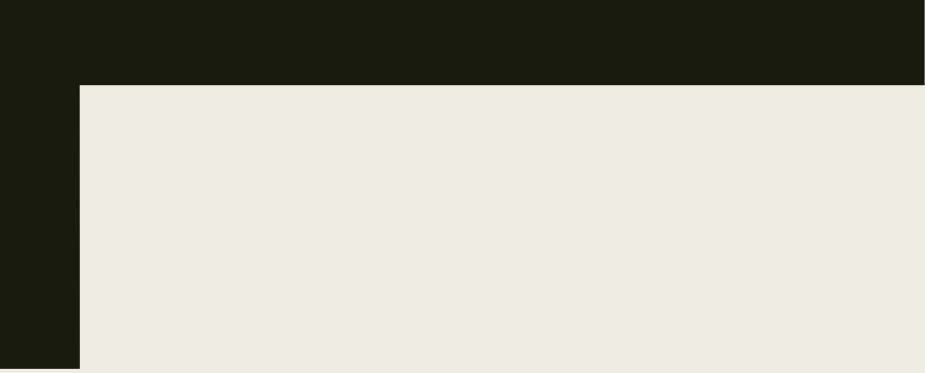

Іш өткіздіретін д.п- еркек жынысты  
қырыққұлақтың (папоротник)  
сығындысы, асқабак дәні.

---

Диета – безшлаковая

---

3-4 ай көлемінде гельминттер кетпесе  
,осы терапияны кайтадан  
жүргіздіреміз.

- 
- Лямблиоз — *Lambliа intestinalis* қоздыратын, фекальды – оральды механизм арқылы берілетін, латенттік және жедел түрлерінде өтетін, көбінесе ащы ішектің зақымдануымен сипатталатын антропонозды ауру.
- 

## Этиологиясы

- Қоздырғышы – *Lamblia intestinalis* (Giardia). Вегетативті және цисталық түрлері бар. Вегетативті түрі – трофозоит, алмұрт тәрізді: алдыңғы бөлігі дөңгелек, артқы бөлігі үшкір құйрықты болып келеді. Трофозоит ұзындығы 9-18 мкм, ені 5-10 мкм. Вентральді бөлігінде түтік тәрізді фибрилден тұратын «сорғыш дискі» болады. Денесі цитоплазмалық мембранамен жабылған. Ядросында ірі кариосома мен біркелкі хромосома жиынтығы болады. 4 жұп талшығы болады: алдыңғы, бүйір, орталық, құйрықтық, олар 2 симметриялы топта жиналады. Лямблиялардың энергетикалық алмасуы анаэробты типпен жүреді. Цисталар дұрыс емес сопақша пішінді, ұзындығы 8-14 мкм, ені 6-8 мкм. Екі контурлы тығыз қабығы, екі немесе төрт ядролары, ұзын талшықтар түйіні болады. Сыртқы ортада төзімсіз.

## Патогенезі

- Белсенді «қабырғалық» асқорыту жүретін ащы ішектің микробүрлерінің (микроворсинка) щеткалы жиегінде орналаса отырып, трофозоит орталық талшығының көмегімен сорғыш дискісімен қоректік заттардың гидролиз өнімдерін сорып алады. Паразиттердің көпшілігі ащы ішектің бастапқы бөлігінде болады, ортасында азаяды, ал дистальды бөлігінде бір-бір түрден кездеседі. Ішектің эпителиальді жасушаларының микрожарақаттанулары болады. Кей жағдайларда 1 см<sup>2</sup> 1 млн. паразиттер орналасуы мүмкін. Лямблияның ащы ішектің бойында таралуы және ішектің әртүрлі бөліктеріндегі бүрлерінде орналасу ерекшеліктері қабырғалық асқорытудың белсенділігіне тәуелді болып келеді. Майдың, майда еритін дірумендердің, цианокобаламинның, D-ксилозаның сіңірілуі бұзылады. Көмірсулардың гидролизі бұзылғаннан соң, ішекте ашу үрдістері дамиды, аэробты микрофлораның саны көбейеді, дисбиоз дамиды. Рецепторларды тітіркендіру әсерінен ішектің перистальтикасы күшейеді, өт шығару жолдарының дискинезиясы дамиды. Патогенездің негізгі механизмі паразиттердің алмасу заттарының макроағзаға токсико-аллергиялық әсері болып табылады. Лямблиялар жергілікті IgA түзілуін тежейді, сондықтан эпителиальды қабықшаның әртүрлі аллергиялардың өткізгіштігі жоғарылайды. Тоқ ішекте тіршілік жағдайы қолайсыз болғандықтан, лямблиялар ол жерде инцистелінеді. Цисталар нәжіспен сыртқа шығады.

## Эпидемиологиясы

- Инфекция көзі – адам. Минимальды жұқтыру дозасы 10-100 циста. Науқас заладанғаннан кейін 9-12-нші күндерден бастап цисталарды сыртқы ортаға бөледі. Цисталардың бөліну белсенділігі диарея басылғаннан кейін өршиді, осы кезеңде 1 г нәжісте 1,8 млн. циста анықталады. Берілу механизмі фекальды-оральды. Берілу жолдары: алиментарлы, су арқылы, тұрмыстық-қатынастық. Негізгі берілу жолы — су арқылы. Цисталар суда ұзақ уақыт бойы сақталады (4-20°C температурада 3 айға дейін). Цисталар хлорға тұрақты. Суды хлормен заладандыру лямблияларға әсер етпейді, сондықтан аурудың су арқылы таралуы қауіпті. Контактілі – тұрмыстық жол балалар мекемелеріне аса тән. Тағам арқылы берілу жолы маңызды емес. Шыбындар, таракандар ауруды таратуға көмектеседі. Олардың ішектерінде қоздырғыш 8 күнге дейін сақталуы мүмкін.



## ■ **Жіктемесі:**

Лямблиоздың клиникалық жіктемесі:

### **Клиникалық нысандары:**

- симптомсыз;
- ішектік;
- билиарлық-панкреатиттік;
- невротикалық;
- аралас

### **Ауырлығы бойынша:**

- жеңіл;
- орташа ауыр;
- ауыр.

### **Ағымы бойынша:**

- жіті;
- созылмалы.

## ■ **Асқынулар:**

### **Панкреатит (ұйқы безінің ауруы):**

- тамақ ішумен байланысты емес эпигастриядағы монотонды ауырсынулар;
- тамақтың қорытылмаған бөлшектері бар ботқа тәрізді нәжіс;
- сыртқысекреторлық белсенділіктің біркелкі бұзылуы.

**Мальабсорбция синдромы** (бұзылған сіңіру синдромы, аш ішектің ас қорыту-тасымалдау функциясының бұзылуы нәтижесінде туындайтын клиникалық симптомдық кешен, ол метаболикалық бұзылуға әкеледі) (ауыр жұқтыру кезінде жиі туындайды):

- ақуыз-энергетикалық жеткіліксіздік белгілері;
- полидәрумендер жеткіліксіздігі мен минералдар тапшылығы белгілері;
- гипохромды типті анемия;
- дене салмағының төмендеуі;
- физикалық дамудан тежелу.

## ■ Шағымдар:

### ■ Негізгі:

■ - диарея

■ - жиі кекіру

### ■ Басқа да:

■ - іштің желденуі, дискомфорт

■ - мазасыздану

■ - дене салмағының төмендеуі

■ - жүрек айну, құсу (сирек)

## ■ Физикалық зерттеп-қарау:

• тілдегі қабыршақ, ауыздың жағымсыз иісі;

• ішек бойымен пилородуоденалды аймақта, мезогипогастрияда ауырсыну;

• бауырдың үлкеюі;

• кейде көбікті, өзіне тән майлы жылтырмен, шырыш қосындысымен нәжіс;

• вегетотамырлық дистония симптомдары;

• бозару, әсіресе бет және мұрын терісінің бозаруы («мәрмәр ақ»);

• тері қабатының әркелкі реңі (кұба-иктериялық-қоңыр);

• мойын терісінің «толқынды» пигментациясы (пигментті ұсақ іріңсіз бөртпе);

• ксероз, алақанның қабыршақтануы;

• хейлит (ерін аймағының жеңіл қабыршақтану, құрғақтық, жарықшалар, ауыздық, пероралды аймақтың қабыршақтануы түрінде зақымдануы).

• блефарит;

• эозинофилді өкпе инфильтраты;

• есекжем, Квинке ісігі.

## ■ **Анамнез:**

- инвазия симптомсыз өтеді (симптомсыз ағым жағдайында);
- аурудың жіті басталуы (ауыр инвазия кезіндегі клиникалық айқындалған нысан).

## ■ **Эпидемиологиялық анамнез:**

- жуылмаған көкөніс, жеміс-жидек, ластанған суды тағамға тұтыну, жеке гигиена ережелерін сақтамау.
- айналада ұқсас аурумен ауыратын немесе расталған «Лямблиоз» диагнозы бар науқас адамдардың болуы.

## ■ **Зертхналық зерттеулер:**

- ЖҚА: өзегрістер болмауы мүмкін, сондай-ақ моноцитопения, эозинофилия ( 5-8%-ға дейін), анемия (аурудың ауыр әрі ұзақ ағымында) байқалуы мүмкін, ЭТЖ-ның 20—25 мм/сағ. дейін артуы.
  - **Биохимиялық қан анализі:** гамма-глобулиндер құрамының көтерілуі, альбуминдер құрамының төмендеуі, шөгінді сынамалары көрсеткіштерінің өзгеруі.
  - **Нәжіс жағындыларын микроскопиялық зерттеу:** сұйық нәжісте - *Lamblia intestinalis* вегетативті нысандарын (трофозоиттерді) анықтау; ботқа тәрізді және сарқынды нәжісте - *Lamblia intestinalis* цисталарын анықтау.



Лямблиоздың *диагностикасы* нәжіс жағындысында цисталарды және (немесе) паразиттердің вегетативті нысандарын анықтауға негізделген. Мүмкіндігінше 6-7 жерден жиналған нәжістің сұйық фракцияларын зерттеу. Нәжіс жылы күйінде зерттеледі.

Лямблиялардың және цисталардың вегетативті нысандарының бөлінуі мерзімді сипатқа ие.

Лямблиялардың бөлінуіндегі теріс кезеңдер 2-3 тәуліктен бастап 2-3 аптаға дейін ауытқуы мүмкін, сондықтан диагнозды растау үшін 2-4 апта ішінде (2-3 күн аралығымен) 5-6 рет нәжіске зерттеу жүргізуге ұсыным жасалады.

- **Серологиялық нәжіс анализі:** ИФА - нәжісте лямблия цисталарының бетіндегі антигендерді анықтау (аурудың ерте сатысында).

- **Серологиялық қан анализі:** ИФА – *Lamblia intestinalis* антигендеріне IgM сыныбының антиденелерін анықтау;

- ИФА – *Lamblia intestinalis* антигендеріне жиынтық антиденелерді (IgM, IgA, IgG) анықтау.

*Диагностиканың серологиялық әдістері* лямблиозды зертханалық диагностикалаудың жанама әдістері болып табылады, сондықтан қосымша диагностикалық әдістер ретінде пайдаланылуы мүмкін.

Лямблияның антигендеріне айрықша IgM және IgG антиденелерін аурудың 10-14-күнінен қан сарысуында анықтайды. IgM-ді анықтау лямблиозбен жіті ауыруды куәландырады, санациядан кейін олар тез жоғалады. IgG емделгеннен кейін 12-15 ай бойы сақталуы мүмкін.

### **Аспаптық зерттеулер:**

- дуоденалды зондтау – дуоденалды құрамда (анағұрлым жиі А порциясында) көп шырышты, вегетативтік нысандарды (трофозоиттерді) анықтау.

## ■ Дәрі-дәрмексіз емдеу:

- № 5 диета, лямблиялардың көбеюін тоқтататын жағдай жасауға бағытталған (көмірсуларды шектеу және сүт өнімдерін алып тастау); нутритивтік сорбенттер болып табылатын өнімдерді (жарма, кебек, пісірілген алма, алмұрт, кептірілген жемістер, өсімдік майы) енгізу.

## Дәрі-дәрімекпен емдеу:

### Этиотроптық терапия (ДД-А) [15,16]:

- Метронидазол 750-1500 мг/тәу 5-7 күн бойы 3 рет қабылдау
- Албендазол 400мг/тәу 1 р/күніне 5 күн бойы

### Симптоматикалық терапия (ДД-В) [17]:

- Мебеверин ішу арқылы 200-400 мг/тәу
- Урсодезоксихолды қышқыл 10мг/кг/тәу (капсулалары 250 мг күніне 1-3 рет)
- Панкреатин орташа дозада 150 000 бірлік /тәу (1-2 табл 3 р/тәу)
- Флуконазол – ішке бірінші күні 400 мг, содан кейін

200-400 мг 1 рет/тәу., 6-8 апта. Криптококк инфекциясы жағдайында емдеу ұзақтығы клиникалық тиімділігіне байланысты.

**Науқаста полидәрумендер жеткіліксіздігі дамыған жағдайда полидәруменді препараттарды тағайындайды.**

Емдеудің алғашқы күндерінде интоксикацияның күшею қаупі үшін лямблияға қарсы препараттарды қысқа курстармен қолдану орынсыз. Қысқа курсты немесе бір қрет олданылатын препараттарды қайталама курс үшін пайдаланған жақсы, оны бірінші курстан кейін 7-10 күн өткен соң жүргізуге ұсыным жасалады.