

СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ЛЯМБЛІОЗУ

О. Я. Пришляк, Б. М. Дикий, О. Є. Кондрин, А. Л. Процик

Івано-Франківський національний медичний університет; кафедра інфекційних хвороб та епідеміології; 76018, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2; тел. +380 (342) 78-50-02; e-mail: infection@ifnmti.edu.ua

У статті наведені результати лікування хворих на лямбліоз різними антипаразитарними препаратами. Метою дослідження було вивчення клініко-лабораторної ефективності тібералу у порівнянні із застосуванням метронідазолу із фуразолідом. Під спостереженням знаходилось 32 пацієнти, які перебували на стаціонарному лікуванні в Івано-Франківській обласній клінічній інфекційній лікарні. Пацієнти були розділені на 2 групи: хворі 1-ї групи отримували в якості етіотропного лікування метронідазол і фуразолідон, а хворі 2-ї груп – тіберал. В комплексну терапію включали ентеросорбенти, жовчогінні засоби, пробіотики. За результатами дослідження, у пацієнтів найчастіше спостерігались прояви наступних синдромів: диспептичний, інтоксикаційний та алергічний, що відповідає загальній тенденції для даного захворювання. Такі симптоми як слабкість, періодичні головні болі, зниження апетиту, болі в животі зникали в середньому на 2-3 дні раніше при лікуванні, що включало в якості протилямблійного препарату тіберал. Екзантеми різного характеру зберігалися більш тривало у пацієнтів 1-ї групи. Повторне виявлення лямблій після лікування тібералом спостерігалось втричі рідше, ніж при терапії іншими протилямблійними препаратами. Доведено високу клініко-лабораторну ефективність препарату тіберал при лікуванні хворих на лямбліоз. Препарат володіє широким спектром протипротозойного дії, добре переносився всіма пацієнтами, побічні ефекти або непереносимість препарату в пацієнтів не відзначались.

Ключові слова: лямбліоз, антипротозойне лікування, тіберал.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Лямбліоз – це широко поширене захворювання, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) десята частина населення земної кулі інвазована лямбліями [3]. В Україні, на жаль, поширеність лямбліозу знаходиться на високому рівні. Збудником захворювання є лямблії *Giardia intestinalis*, названі на честь Д.Ф. Лямбля, професора Харківського університету [7]. Лямблії зумовлюють високу частку діарей мандрівників (7-30% випадків). Джерелом зараження є людина або ссавці. Розрізняють три основні шляхи передачі лямбліозу: водний, контактнo-побутовий і харчовий. Серед дітей найчастішим фактором передачі лямбліо-

зу є брудні руки та предмети побуту, забруднені цистами паразита (дверні ручки, іграшки та ін.) [4]. Певну роль відіграють механічні переносники цист – мухи. Цисти лямблій можуть зберігатись до 3 місяців у водопровідній воді, і при її очищенні слід пам'ятати, що звичайні концентрації хлору не чинять на них згубного впливу.

Хвора людина здатна виділити до 900 млн. цист лямблій з випорожненнями на добу, тоді як інфікуюча доза становить усього 10-25 цист.

В життєвому циклі лямблій розрізняють дві морфологічні форми – вегетативну (трофозоїти) і цистову (цисти). Вегетативні форми нестійкі у зовнішньому середовищі і після виділення гинуть до 10 хвилин, цисти більш стійкі – при кімнатній температурі вони зберігаються до 2 тижнів, а у воді до 80 діб. Негативний вплив на цисти чинять висушування (гинуть протягом 1-2 хв) і високі температури (при температурі 70° С протягом 30-40 секунд, при кип'ятінні – миттєво).

Серед вчених світу ведуться дискусії щодо іменування субклінічних форм лямбліозу, але в 1988 році ВООЗ опублікувала визначення терміну «лямбліоз», під яким мається на увазі будь-який випадок інвазії лямбліями як клінічно явний, так і безсимптомний [6].

Паразит протягом свого життєвого циклу багаторазово прикріплюючись і відкріплюючись, викликає не тільки механічне подразнення, але і може призвести до патологічних рефлексорних реакцій з боку органів травлення. Найбільш виразно змінюється рухова функція кишечника: з'являється схильність до безперервних скорочень, спазмів, підвищення тонуусу кишки, порушується секреторна функція. Порушення процесів всмоктування відбувається також внаслідок прямої токсичної дії лямблій. Пригнічення синтезу деяких ферментів сприяє порушенню гідролізу вуглеводів до моносахаридів. У зв'язку з цим розвивається діарея, яка має осмотичний характер. Знижується абсорбція вітаміну В₁₂, порушується С-вітамінний обмін. Це вказує на те, що речовини, які продукують лямблії, прямо або побічно ушкоджують структуру мікроросинки тонкої кишки [1].

Лямблії не можуть існувати в жовчовивідних шляхах (жовч вбиває їх). У зв'язку з цим вони не можуть бути причиною важких порушень печінки, холецистохолангітів. Обумовлена ними рефлексорна дискінезія жовчовивідних шляхів сприяє лише нашаруванню вторинної бактерійної інфекції. Проте зменшення кількості жовчі, яка потрапляє в тонку кишку, зміни її хімізму, зумовлюють маніфестацію лямбліозу. Згодом розвивається дуоденіт, ентерит або гастродуоденіт.

Розрізняють дві основні форми інвазії лямбліями:

1. Латентний перебіг або лямбліоносійство;
2. Маніфестний лямбліоз.

За характером перебігу виділяють гострий, затяжний і хронічний рецидивний лямбліоз. Клінічні прояви лямбліозу вкрай різноманітні і

неспецифічні, у зв'язку з чим багато разів переглядалися і переоцінювалися різні класифікації цього захворювання.

Виразність клінічних проявів залежить як від масивності інвазії, так і від стану організму [10].

Клінічні ознаки маніфестного лямбліозу можна об'єднати в кілька груп. В першу чергу для захворювання характерні симптоми з боку шлунково-кишкового тракту: нестійкість випорожнень, метеоризм, болі в животі, нудота, іноді блювота, зниження апетиту [2]. При обстеженні у хворих найчастіше виявляється: обкладений язик, метеоризм і бурчання в кишечнику, «шум плескоту» при дослідженні товстої кишки, болючість в пілородуоденальній зоні, мезо-, гіпогастрії.

Друга група симптомів обумовлена синдромом інтоксикації. Перш за все це є пригнічений, депресивний стан пацієнта. Можливі також дратівливість, плаксивість, головні болі, запаморочення, серцебиття, задишка, порушення сну. Лямблія – паразит «туги і печалі», за влучним виразом Д.Ф. Лямбля. Інтоксикаційний синдром, а саме такі симптоми, як лихоманка, озноб, блювання, спостерігаються рідко.

Для лямбліозної інвазії характерні алергічні прояви, зокрема на харчові антигени (молоко, рибу, яйця, цитрусові), блідість шкірних покривів, особливо шкіри обличчя. У більшості пацієнтів зустрічається нерівномірне забарвлення шкіри, її іктеричний відтінок. Зміна шкіри долонь і підшов часто реєстрований в останні роки симптом при лямбліозі. Досить частим симптомом при лямбліозі у хворих є ураження червоної облямівки губ. Ступінь вираженості буває різною: від легкого лущення і сухості, до вираженого хейліта з тріщинами, заїдами, лущенням периоральної зони. І, нарешті, останнім симптомокомплексом є порушення харчування, як наслідок мальабсорбції.

В цілому для клінічної картини лямбліозу характерний хвилеподібний характер з періодами наростання і стихання гастроентерологічної симптоматики, хоча порушення нутритивного статусу, інтоксикація і алергічні прояви можуть наростати. В аналізах крові часто спостерігається еозинофілія, лімфоцитоз, а в міру прогресування захворювання нерідко спостерігається гіпохромна анемія.

Показаннями до дослідження на лямбліоз є:

- Захворювання травного тракту з тенденцією до їх хронічного перебігу з частими помірно вираженими загостреннями;
- Нейроциркуляторна дисфункція, особливо в поєднанні з шлунково-кишковими порушеннями;
- Стійка еозинофілія крові;
- Алергічні захворювання.

Лабораторна діагностика лямбліозу досить проблематична. Це пов'язано з тим, що діагноз лямбліозу може бути встановлений лише на підставі знаходження цист лямблій у фекаліях при копрологічному до-

слідженні. Проте, слід враховувати, що при проведенні цього обстеження результат часто буває псевдонегативний, найчастішими причинами є:

1) неправильно зібраний матеріал для дослідження (тверді фракції фекалій з нижніх відрізків товстої кишки);

2) подання в лабораторію калу на тлі прийому медикаментів (антибіотики, антациди, антидіарейні, проносні і т.д.), що ушкоджують морфологію паразитів;

3) несвоєчасна доставка в лабораторію досліджуваного матеріалу (кал потрібно доставити в теплому вигляді, дуоденальний вміст – не пізніше як через 10-15 хв після його отримання);

4) похибки лабораторного дослідження (не використовуються всі методи підготовки матеріалу, підготовка мазка неякісна, відсутність напольгливості при огляді препарату);

5) дослідження фекалій в так званій «період тиші», коли припиняється виділення цист лямблій.

Таким чином, для оптимізації копрологічного дослідження необхідно:

- 3-4-кратне дослідження калу з різними інтервалами (7-8 днів);
- Дослідження по можливості рідких фракцій фекалій (порції, прилеглої до тонкої кишки), зібраних з 6-7 місць;
- Виключення прийому медикаментів перед дослідженням на 5-7 днів у зв'язку з можливістю ушкодження морфології цист;
- Застосування консервантів при неможливості доставки матеріалу в лабораторію протягом короткого часу.

Численними дослідженнями доведено, що створення несприятливих умов для життєдіяльності паразита сприяє утворенню і виділенню цист. В якості провокації можна використовувати настій кукурудзяних рилець, сучасні жовчогінні препарати. При цьому ймовірність виявлення лямблій, за даними різних авторів, підвищується до 90%.

З метою поліпшення діагностики використовують імунологічні методи дослідження (визначення специфічних антитіл у крові).

Виявлення специфічних IgM та IgG до антигенів лямблій методом імуофлюоресцентного аналізу (ІФА) можливо з 12-14-го дня захворювання. Після санації IgM швидко зникають. Їх виявлення свідчить про захворювання лямбліоз. IgG зберігаються до 12 місяців після санації. Проте їх визначення в крові не є достовірною ознакою паразитування лямблій зараз, а може свідчити про перенесену інвазію. Відсутність специфічних імуноглобулінів у хворих з повторним виявленням цист лямблій є поганою прогностичною ознакою і вимагає від лікаря застосування індивідуальних схем лікування. Досить часто антитіла до лямблій не виявляються у пацієнтів з імунними розладами. При виявленні збудника лямбліозу проводять специфічну терапію цього захворювання антипаразитарними середниками.

Під час фіброгастродуоденоскопії (ФГДС) спостерігають виражені запальні та атрофічні зміни в цибулинній частині дванадцятипалої кишки, дуоденогастральний рефлюкс. Запропоновано орієнтовну пробу – при змішуванні на предметному склі досліджуваного матеріалу з розчином вітаміну В₁₂ за наявності лямблій відбувається знебарвлення препарату (чутливість методу – 88%). Цисти лямблій при тяжкій інвазії можна виявити і в зішкрібках.

Лікування хворого на лямбліоз включає кілька етапів [8]. Перед проведенням терапії хворому необхідно:

- 1) ретельне дотримання особистої гігієни;
- 2) встановлення дієти і режиму харчування, спрямованих на створення умов, що погіршують розмноження лямблій (обмеження вуглеводів і виключення молочних продуктів); введення продуктів, що є нутритивними сорбентами (каші, висівки, печені яблука, груші, сухофрукти, рослинне масло);
- 3) очищення біліарної системи, жовчного міхура і кишечника один раз в 6-7 днів: прийом натщесерце 25% розчину сірчаної кислоти магnezії (залежно від віку) або 30-50% розчину сорбіту (ксиліту);
- 4) призначення спазмолітичних препаратів терміном на 1 тиждень;
- 5) усунення дисфункціональних розладів шлунково-кишкового тракту + антидепресивний ефект ;
- 6) усунення В-вітамінної недостатності та підвищення стійкості нервової системи;
- 7) підвищення ефективності етіотропної терапії шляхом застосування її на тлі прийому вітаміну С;
- 8) в комплексну терапію включають ентеросорбенти, жовчогінні засоби, пробіотики.

Відносно етіотропної терапії необхідно відзначити, що останнім часом все частіше з'являються публікації про розвиток резистентності лямблій до таких раніше широко застосовуваних препаратів, як метронідазол і тинідазол [5, 8]. До того ж такі протипоказання при призначенні цих препаратів, як вагітність, а при призначенні тинідазола – ще й захворювання крові, розлади центральної нервової системи, наявність побічних реакцій у вигляді скороминущої лейкопенії, тромбофлебиту, запаморочення, локомоторної атаксії, роблять їх використання обмеженим.

У зв'язку з цим в даний час продовжуються пошук і розробка нових способів лікування хворих з цією недугою. Одним із сучасних засобів нового покоління при етіотропному лікуванні хворих на лямбліоз є протилямблійні препарати у разі підтвердження маніфестного лямбліозу. Найчастіше використовують фуразолідон, метронідазол, тіберал, тинідазол, альбендазол, німоразол.

Метою дослідження було вивчення клініко-лабораторної ефективності тібералу при лікуванні хворих на лямбліоз у порівнянні із застосуванням метронідазолу із фуразолідонем.

Матеріали дослідження. Під спостереженням знаходилось 32 пацієнти, які перебували на стаціонарному лікуванні в Івано-Франківській обласній клінічній інфекційній лікарні. Серед обстежених було 15 (46,9%) чоловіків та 17 (53,1%) жінок. В сільській місцевості проживало 13 (40,0%) пацієнтів, міське населення становило 19 (60,0%). Середній вік пацієнтів становив $29 \pm 0,8$ років. У всіх випадках діагноз було встановлено на підставі виявлення цист лямблій при копрологічному обстеженні фекалій.

Пацієнти були рандомізовані на 2 групи. Хворі 1-ї групи отримували в якості протипаразитарного лікування метронідазол і фуразолідон. Метронідазол призначали по 0,25 г 3 рази на добу протягом 5 днів, фуразолідон по 0,1 г 4 рази на добу після їди також 5 днів. Хворі 2-ї групи отримували тіберал. Тіберал призначали по три таблетки одноразово ввечері. Тривалість лікування 2 дні. Усі препарати призначали лише всередину. В комплексну терапію включали ентеросорбенти, жовчогінні засоби, пробіотики.

Результати та їх обговорення. За результатами цього дослідження у пацієнтів найчастіше спостерігались прояви наступних синдромів: диспептичний, інтоксикаційний та алергічний, що відповідає загальній тенденції для даного захворювання. Після проведеного курсу терапії при контрольному обстеженні пацієнтів було встановлено, що такі симптоми як слабкість, зниження апетиту, різного характеру болі в животі, періодичні головні болі зникали в середньому на 2-3 дні раніше при лікуванні, що включає в якості етіотропного препарату тіберал (табл. 1).

Таблиця 1. Ефективність застосування метронідазолу і фуразолідону та препарату тіберал у комплексному лікуванні хворих на лямбліоз

Симптоми хворих	Дні	
	Метронідазон + фуразолідон	Тіберал
Відчуття гіркоти у роті	4,6 \pm 0,31	3,20 \pm 0,20
Біль в животі	6,80 \pm 0,49	4,90 \pm 0,37
Нудота	4,7 \pm 0,32	3,70 \pm 0,21
Знижений апетит	7,3 \pm 0,47	5,10 \pm 0,35
Вздуття живота	9,20 \pm 0,69	5,10 \pm 0,56
Екзантема	7,90 \pm 1,3	4,10 \pm 0,54
Дратівливість	10,80 \pm 0,57	7,70 \pm 0,25

Метеоризм, підвищене бурчання в кишківнику при пальпації були на 4,1 дні триваліше при терапії, в комплексі якої використовувався метронідазол і фуразолідон. Екзантеми різного характеру, що нагадують алергодерматози, зберігалися більш тривало, ніж при терапії із застосуванням препарату тіберал. До кінця терапії у хворих, які отримували

тіберал, повністю зникла еозинофілія. В гемограмі пацієнтів, що приймали метронідазол, тільки у 71,2% відзначалася нормалізація відносного вмісту еозинофілів, а у 28,8% спостерігалось лише зниження еозинофілії, що свідчить про неповну санацію патологічного процесу. Дискінезія жовчовивідних шляхів після проведеної терапії спостерігалася у 2-й групі в 1,5 рази рідше. Повторне виявлення лямблій при лікуванні препаратом тіберал зареєстровано у 5,9% обстежуваних, у той час, як при терапії метронідазолом і фуразолідомом – у 18,1%.

Висновки. Враховуючи результати даного дослідження, можна зробити висновок про високу клініко-лабораторну ефективність препарату тіберал при лікуванні хворих на лямбліоз. Препарат володіє широким спектром протипротозойної дії. Тіберал добре переносився всіма пацієнтами, побічні ефекти або непереносимість препарату в пацієнтів не відзначались.

Комплексна профілактика лямбліозу полягає в суворому дотриманні санітарно-гігієнічних правил в побуті і в дитячих установах. Необхідно суворе дотримання заходів щодо запобігання фекального забруднення навколишнього середовища, харчових продуктів і води, суворе дотримання правил особистої гігієни.

Література

1. Бельмер С.В. Лямблиоз у дітей / С.В. Бельмер // Рус. мед. журн. – 2004. – Т.12, №3. – С. 141-144.
2. Современное течение лямблиоза / Е.А. Корниенко, С.Н. Дроздова, Н.М. Калинина и др. // Вопросы детской диетологии. – 2008. – Т.8, №2. – С. 6-11.
3. Крамарев С. Роль лямблій в патології органів травлення у дітей / С. Крамарев, Ю. Григорович // Medicus Amicus. – 2005. – №4.
4. Лямблиоз у дітей: Метод. реком. / Н.И. Зрячкин, Ю.С. Цека, Т.Ю. Гроздова и др. – Саратов, 2012. – 24 с.
5. Падейская Е.Н. 5-нитроимидазолы – антимикробные препараты для лечения бактериальных и протозойных инфекций / Е.Н. Падейская // Consilium medicum. – 2004. – Т.6, №1.
6. Лечение и диагностика лямблиоза в современных условиях / А.А. Мочалова, И.Б. Ершова, И.Н. Карпенко, С.Н. Черкасова // Актуальная инфектология. – 2013. – №1. – С. 95-100.
7. Escobedo A.A. Comparison of chloroquine, albendazole and tinidazole in the treatment of children with giardiasis / A.A. Escobedo, F.A. Nunez, I. Moreira // Annals of Tropical Medicine & Parasitology. – 2003. – Vol.97, №4. – P. 367-371.
8. Michael J.G. Farthing treatment options for the eradication of intestinal protozoa / J.G. Michael // Nature Clinical Practice Gastroenterology & Hepatology. – 2006. – №3. – P. 436-445.

9. Albendazole versus metronidazole treatment of adult giardiasis: An open randomized clinical study / K. Oguz, T. Ali, G. Huseyin et al. // World J. Gastroenterol. – 2004. – 10(8). – P. 1215-1217.
10. Syed A. Hill Giardia intestinalis / A. Syed, T. Ali, R. David // Curr. Opin. Infect. Dis. – 2003. – 16 (5). – P. 453-460.

*Стаття надійшла до редакційної колегії 12.12.2014 р.
Рекомендовано до друку д.м.н. професором Матейком Г.Б.,
д.м.н., професором Копчею В.С. (м. Тернопіль)*

CURRENT ISSUES OF GIARDIASIS

O. Ya. Pryshlyak, B. M. Dyku, O. Ye. Kondryn, A. L. Protsyk

*Ivano-Frankivs'k national medical university; department of infectious diseases and epidemiology; 76018, Ivano-Frankivs'k, Galitska str., 2;
ph. +380 (342) 78-50-02; e-mail: infection@ifnmu.edu.ua*

There are results of treatment of giardiasis different antiparasitic drugs are given in this article. The aim of the study was to investigate the clinical and laboratory tiberal efficiency compared with the use of metronidazole and furozolidonom. There was 32 patients for observation who were hospitalized in Ivano-Frankivsk Regional Clinical Hospital of Infectious Diseases. Patients were divided into 2 groups: patients of group 1 received as causal treatment metronidazole and furazolidone treatment, and patients in group 2 received tiberal. In the combined therapy include chelators, choleric means probiotics. According to the investigation, patients frequently observed signs following syndromes: dyspeptic, intoxication and allergic what is response to the general trend of this disease. Symptoms such as fatigue, recurrent headaches, loss of appetite, abdominal pain disappeared an average of 2-3 days before for the treatment, where we using tiberal. Exanthema kept longer in patients of group 1. Repeated detection of Giardia was observed after treatment three times less for tiberal than in other antiprotozoal drugs. Given the results of this study can be concluded that high clinical and laboratory efficacy tiberal in the treatment of giardiasis. The drug has a wide spectrum antiprotozoal action, was well tolerated by all patients, side effects or intolerance to the drug in patients was not observed.

Key words: giardiasis, antiprotozoal treatment, tiberal.