



КошEROва Б.Н.

УДК 616.96-08

Б.Н. КОШЕРОВА¹, Р.А. ЕГЕМБЕРДИЕВА², А.А. КИМ¹, Г.А. УТЕПБЕРГЕНОВА⁴, А.Ж. НУРПЕЙСОВА³¹Карагандинский государственный медицинский университет, г. Караганда, Республика Казахстан,²Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Республика Казахстан,³Поликлиника №1, г. Костанай, Республика Казахстан,⁴Международный Казахско-Турецкий университет им. Х.А. Яссави, г. Шымкент, Республика Казахстан**ЛЯМБЛИОЗ: СТАНДАРТ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Лямблиоз – протозооз, протекающий как в виде латентного паразитоносительства, так и в манифестных формах с преимущественным поражением тонкого кишечника. В мире лямблиозом ежегодно заражаются около 200 млн. человек, у более 500 тыс. из них наблюдается манифестная форма [1, 2]. Актуальность лямблиоза определяется тем, что его клинические проявления характеризуются полиморфизмом и часто маскируются различными вариантами гастроэнтерологической патологии, синдромами избыточного роста кишечной флоры, мальабсорбции, поливитаминовой недостаточности, а также развитием аллергических заболеваний – рецидивирующей крапивницы, атопическим дерматитом, гастроинтестинальной формой пищевой аллергии, которые без адекватной противоямблиозной терапии приобретают рецидивирующее течение [1, 3].

В Республике Казахстан лечение больных лямблиозом стандартизировано клиническим протоколом диагностики и лечения, который был одобрен Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения от 12 мая 2017 года, протокол №21.

При постановке диагноза: лямблиоз врачу весьма важно тщательно собрать жалобы больного и эпидемиологический анамнез. В большинстве случаев лямблиоз протекает бессимптомно [2, 4, 5]. При бессимптомном течении жалоб нет. Клинически манифестные формы развиваются не более чем у 10-12% [4, 5, 6], поэтому заболевание протекает в виде латентного паразитоносительства. Типичными жалобами больного являются: снижение аппетита, тошнота, рвота (иногда), отрыжка при приеме пищи, изжога, повышенное слюноотделение, тяжесть и боли в правом подреберье, чувство дискомфорта в животе и урчание в кишечнике, метеоризм, диарея (стеаторея), чередование запоров и диареи, недомогание, быстрая утомляемость, снижение работоспособности, раздражительность, нарушение сна, повышение температуры тела.

При сборе эпидемиологического анамнеза следует уточнить, употребляет ли пациент в пищу немытые овощи,

фрукты, загрязненную воду, соблюдает ли правила личной гигиены, есть ли в окружении лица с подобным заболеванием или с подтвержденным диагнозом: Лямблиоз.

При осмотре пациента следует обратить внимание на наличие налета на языке, неприятного запаха изо рта, бледность, особенно кожи лица и носа («мраморная белизна»), неравномерную окраску кожного покрова (буро-иктерично-коричневая), на пигментацию и наличие мелкой папулезной сыпи кожи в области шеи, ксероз. У отдельных больных может наблюдаться шелушение ладоней, хейлит (поражение красной каймы губ в виде легкого шелушения, сухости, трещин, заед, шелушения пероральной зоны). При пальпации живота отмечается болезненность в пилородуоденальной зоне, мезогипогастрии по ходу кишечника, увеличение печени. Стул нередко пенистый, зловонный с характерным жирным блеском, с примесью слизи. При тяжелом течении заболевания на рентгенограмме диагностируются эозинофильные легочные инфильтраты, возможно развитие крапивницы, отека Квинке.

При лямблиозе возможно развитие осложнений: панкреатит, гепатохолецистит, тяжелые аллергические реакции. Критериями тяжести лямблиоза являются выраженность симптомов интоксикации и клинических проявлений, наличие или отсутствие осложнений.

Традиционно основным методом диагностики лямблиоза является выявление цист и вегетативных форм паразита в кале и дуоденальном содержимом. В последние годы разработаны также иммунологические методы исследования, позволяющие выявлять с помощью ИФА специфические антигены лямблий в кале либо антитела (иммуноглобулины G и M) к антигенам лямблий в крови, а также молекулярно-генетический метод обнаружения ДНК лямблий в кале. Таким образом, диагноз лямблиоза верифицируется на основании данных клинической картины и положительного результата микроскопии кала или серологических реакций (IgM в ИФА).

Принимая во внимание полиморфизм клинических проявлений лямблиоза, врачам следует проводить дифференци-

Контакты: КошEROва Бахыт Нургалиевна, д-р мед. наук, профессор, проректор по клинической работе и непрерывному профессиональному развитию РГП на ПХВ «Карагандинский государственный медицинский университет», г. Караганда. Тел.: + 7 701 147 25 03

Contacts: Bakhyt N. Kosherova, Doctor of Medical Sciences, Professor, Vice-Rector for Clinical Work and Continuous Professional Development of RSE for PHV "Karaganda State Medical University", Karaganda c. Ph.: + 7 701 147 25 03

альный диагноз со схожими заболеваниями (сальмонеллез, иерсиниоз, ротавирусная инфекция, амебиаз) [2, 4, 5, 8, 9].

При обосновании клинического диагноза важно применение классификации [1, 4, 7], отражающей клиническую форму заболевания (бессимптомная; кишечная; билиарно-панкреатическая; невротическая; смешанная), тяжесть (легкая; среднетяжелая; тяжелая) и течение (острое; хроническое).

Примеры формулирования клинического диагноза:

- Лямблиоз, кишечная форма (трофозоиты/цисты лямблий от 5.06.2016), средней степени тяжести, острое течение.

- Лямблиоз, смешанная форма (кишечная с поражением желчевыводящих путей), (трофозоиты/цисты лямблий от 5.06.2016), средней степени тяжести, хроническое течение.

Лечение пациентов с легким, среднетяжелым течением лямблиоза, без осложнений проводится на амбулаторном уровне. При этом очень важно соблюдение диеты (стол №5), направленной на создание условий, ухудшающих размножение лямблий (ограничение углеводов и исключение молочных продуктов); введение продуктов, являющихся нутритивными сорбентами (каши, отруби, печеные яблоки, груши, сухофрукты, растительное масло).

В качестве этиотропной терапии рекомендуются метронидазол (750-1500 мг/сут в 3 приема в течение 5-7 дней), албендазол (400 мг/сут 1 р/день в течение 5 дней). Симптоматическая терапия при болях в животе мебеверин (200-400 мг/сут перорально), при тяжести и болях в правом подреберье - урсодезоксихолиевая кислота (10 мг/кг/сут (капсулы 250 мг 1-3 раза в день), при нарушениях всасывания панкреатин (в средней дозе 150 000 Ед/сут (1-2 таб. 3 р/сут), при сопутствующем кандидозе флуконазол (внутри в первый день 400 мг, а затем 200-400 мг 1 раз/сут., 6-8 недель).

Из-за опасности усиления интоксикации в первые дни лечения применять противоламблиозные препараты короткими курсами нецелесообразно. Препараты короткого курса или однократного применения лучше использовать для повторного курса, проводить который рекомендуется через 7-10 дней после первого.

При наличии у больного выраженных симптомов интоксикации, клинических проявлений, осложнений (гепатохолецистит, панкреатит, тяжелые аллергические реакции) лечение следует проводить в условиях стационара. Наряду с этиотропной терапией необходимо подключить дезинтоксикационную терапию (0,9% раствор хлорида натрия, 400 мл в/в, капельно; 0,5% раствора декстрозы, 400,0 мл в/в).

Наблюдение за реконвалесцентами проводится в течение не менее 3 месяцев с ежемесячными исследованиями кала. Индикатором эффективности лечения являются 3 отрицательных анализа кала (копроцитограмма), проведенных в непоследовательные дни, для того чтобы объективно судить об эффекте лечения и исключить реинвазию, материал от больного следует исследовать не позднее 3 недель после окончания этиотропного лечения. Выявление возбудителя в срок до 3 недель после химиотерапии расценивается как рецидив, позднее - реинфекция.

Таким образом, представленный клинический протокол диагностики и лечения лямблиоза разработан для врачей/

фельдшеров скорой неотложной помощи, врачей общей практики, терапевтов, инфекционистов, гастроэнтерологов, дерматологов, невропатологов, аллергологов для оказания своевременной качественной медицинской помощи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Амиреев С.А., Муминов Т.А., Сергиев В.П., Оспанов К.С. Стандарты и алгоритмы мероприятий при инфекционных и паразитарных болезнях: практическое руководство. – Алматы, 2008. – Т. 2. – 845 с.

2 Сергиев В.П., Лобзин Ю.В., Козлов С.С. Паразитарные болезни человека (протозоозы и гельминтозы). – СПб., 2006. – 592 с.

3 Венгеров Ю.В., Мигманов Т.Э., Нагибина М.В. Инфекционные болезни и паразитарные болезни: справочник практического врача. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 448 с.

4 Медицинская паразитология и паразитарные болезни: учебное пособие. Под ред. А.Б. Ходжаян, С.С. Козлова, М.В. Голубевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 448 с.

5 Медицинская паразитология. Паразитические простейшие человека: учебное пособие. Под ред. Н.В. Чебышева, В.П. Сергиева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 264 с.

6 Руководство по инфекционным болезням. Под ред. В.М. Семенова. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009. – 752 с.

7 Руководство по классификациям заболеваний. Под общей ред. И.Р. Кулмагамбетова, К.А. Алихановой. – Караганда, 2009. – Т. 2. – 416 с.

8 Кишкун А.А. Иммунологические исследования и методы диагностики инфекционных заболеваний в клинической практике. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009. – 712 с.

9 Казанцев А.П., Казанцев В.А. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней: руководство для врачей. – М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2013. – 496 с.

REFERENCES

1 Amireyev SA, Muminov TA, Sergiyev VP, Ospanov KS. *Standarty i algoritmy meropriyatiy pri infektsionnykh i parazitarnykh boleznyakh: prakticheskoye rukovodstvo* [Standards and algorithms of measures for infectious and parasitic diseases: practice guidelines]. Almaty; 2008. T. 2. P. 845

2 Sergiyev VP, Lobzin YuV, Kozlov SS. *Parazitarnyye bolezni cheloveka (protozozy i gelmintozy)* [Human parasitic diseases (protozoosis and helminthiasis)]. St. Petersburg; 2006. P. 592

3 Vengerov YuV, Migmanov TE, Naghibina MV. *Infektsionnyye bolezni i parazitarnyye bolezni: spravochnik prakticheskogo vracha* [Infectious and parasitic diseases: reference book of a practitioner doctor]. Moscow: MEDpress-inform; 2010. P. 448

4 *Meditinskaya parazitologiya i parazitarnyye bolezni: uchebnoye posobiye. Pod red. A.B. Khodzhan, S.S. Kozlova, M.V. Golubev* [Medical parasitology and parasitic diseases: a manual. Ed. A.B. Khojayan, S.S. Kozlova, M.V. Golubev]. Moscow: GEOTAR-Media; 2014. P. 448

5 *Meditsinskaya protozoologiya. Paraziticheskiye prosteyshiye cheloveka: uchebnoye posobiye. Pod red. N.V. Chebysheva, V.P. Sergiyeva* [Medical protozoology. Human parasitic protozoa: study guide. Under Editorship by N.V. Khebysheva, V.P. Sergiyeva]. Moscow: GEOTAR-Media; 2012. P. 264

6 *Rukovodstvo po infektsionnym boleznyam. Pod red. V.M. Semenova* [Guide to communicable diseases. Under Editorship by V.M. Semenova]. Moscow: Medical Information Agency LLC; 2009. P. 752

7 *Rukovodstvo po klassifikatsiyam zabolevaniy. Pod obshchey red. I.R. Kulmagambetova, K.A. Alikhanovoy* [Guide to classification of diseases. Under the general editorship by

I.R. Kulmagambetova, K.A. Alikhanova]. Karaganda; 2009. T. 2. P. 416

8 Kishkun AA. *Immunologicheskiye issledovaniya i metody diagnostiki infektsionnykh zabolevaniy v klinicheskoy praktike* [Immunological research and methods of diagnostics of infectious diseases in clinical practice]. Moscow: LLC "Medical Information Agency"; 2009. P. 712

9 Kazantsev AP, Kazantsev VA. *Differentsialnaya diagnostika infektsionnykh bolezney: rukovodstvo dlya vrachey* [Differential diagnosis of infectious diseases: guide for doctors]. Moscow: LLC "Publishing House" Medical News Agency"; 2013. P. 496