

УДК 616.993.161.22:616.33/34-07

Т.Н. Христич

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКАЯ
СИМПТОМАТИКА ЛЯМБЛИОЗАБуковинский государственный
медицинский университет, г.Черновцы

Ключевые слова: лямблиоз, гастро-энтерологический, неврологический, дерматологический, синдром, лечение, профилактика.

Резюме. Произведен анализ этиологической и патогенетической взаимосвязей с клиническим течением определенных форм лямблиоза. Обсуждаются вопросы лечения и профилактики этого паразитоза в условиях работы врача первичного медицинского звена.

Возбудители паразитарных болезней могут локализоваться практически во всех органах и тканях человека, осуществляя общее патогенное воздействие на организм и оказывая негативное влияние на иммунный статус с развитием иммунодепрессии. В результате образуются ассоциативные связи с ВИЧ-инфекцией, туберкулезом и рядом других патологических состояний. В свою очередь, общность эпидемиологических факторов способствует высокой частоте типичных ассоциативных паразитозов, особенно при паразитарно-бактериальных ассоциациях, влияющих на диагностический процесс, течение, лечение и профилактику тех или иных заболеваний [5].

Среди паразитарных заболеваний наиболее широкое распространение имеют болезни органов пищеварения, например, гельминтозы, которыми инфицирована четвертая часть населения планеты (согласно данным ВОЗ).

К трудностям диагностики приводит неспецифичность клинической картины, которая маскирует симптоматику под общеизвестные гастроэнтерологические заболевания и, в первую очередь, так называемые функциональные заболевания органов пищеварения (к примеру, функциональная диспепсия со всеми ее синдромами и синдром раздраженной толстой кишки). В клинике синдрома раздраженной толстой кишки различают синдром с преобладанием боли и метеоризмом, с преобладанием диареи и с преобладанием запоров (что характерно и для кишечной формы лямблиоза). Для этих двух самостоятельных заболеваний отмечены также общие дополнительные синдромы. Такие, как ухудшение состояния, не связанное с качеством принятой пищи, спонтанность жалоб, ухудшение самочувствия утром, улучшение вечером, отсутствие полифекалии, неэффективность обычной терапии и канцерофобия.

Существенную проблему создает возможность большинства паразитов к длительной, многолетней, малосимптомной персистенции в

организме человека, чем обуславливается хронизация и несвоевременность выявления сроком от нескольких недель до нескольких лет.

Поражение поджелудочной железы происходит в рамках билиарно-панкреатической формы лямблиоза с клиническими проявлениями. Причинами, определяющими восприимчивость к лямблиозу являются нарушение секреторной деятельности пищеварительного аппарата, дисбиоз кишечника и нарушение иммунного статуса. В патогенезе важную роль играет снижение резистентности слизистой оболочки тонкой кишки, ее защитных свойств, например, вследствие воздействия ксенобиотиков, нарушающих барьерную функцию слизистой тонкой кишки и состояние клеточного иммунитета с увеличением внутриэпителиальных лимфоцитов. При лямблиозе развивается гиперчувствительность замедленного типа, снижается уровень лизоцима в слюне до 1:60. Эффективность иммунного ответа, приводящего к элиминации возбудителя, зависит от генетических свойств хозяина. У лиц с персистирующей инвазией высока частота встречаемости антигенов главного комплекса гистосовместимости HLA-B5, B14, DR3, DR4, DR7. Гаплотипы A9, B5 и A1, B5 считаются маркерами предрасположенности к лямблиозу.

Лямблии - единственный вид простейших, которые обитают в просвете тонкой кишки человека. При попадании в желудок жизнеспособных цист лямблий их оболочки не разрушаются желудочным соком, и они проникают в двенадцатиперстную кишку, где из каждой цисты образуется две вегетативные формы. С помощью присасывающего диска лямблии прикрепляются к ворсинкам эпителиальной оболочки двенадцатиперстной кишки и проксимального отдела тощей кишки [4]. Тут они находят оптимальную среду для размножения (рН-6,38-7,02), при этом на 1см² поверхности слизистой обнаруживается свыше 1 млн лямблий. Таким образом, они размножаются в количествах, не безразличных для организма

человека. Их способность многократно прикрепляться и открепляться от стенки кишечника, вызывать рефлекторные, химические реакции со стороны органов пищеварения (в том числе изменять обмен углеводов, жиров, витаминов), а значит - нарушать пищеварение, - способствует усиленному размножению гнилостных бактерий и дрожжевых клеток. Все это определяет выпадение основной функции двенадцатиперстной кишки - управление желудочно-кишечным трактом. Наиболее тяжелым патологическим синдромом является нарушение процессов всасывания вследствие токсического действия лямблий на гликокаликс тонкой кишки, что характерно для 50% случаев и приводит к нарушению всасывания Д-ксилозы и цианокобаламина. Наличие ферментопатии и патологический синтез инвертазы, лактазы существенно изменяют окончательный гидролиз углеводов до моносахаридов. Нарушается хроноритм, возникают патологические процессы в желудке, тонкой и толстой кишке, желчном пузыре, желчевыводящих путях, поджелудочной железе, печени, определяющие клиническое течение и, соответственно, классификацию лямблиоза.

Клиническая классификация включает в себя лямблиоз без клинических проявлений (латентный) и лямблиоз с клиническими проявлениями (манифестный). Существует 4 формы манифестного лямблиоза, с которыми приходится встречаться семейному врачу. Это кишечная, билиарно-панкреатическая форма с внекишечными проявлениями и смешанная.

Необходимо четко представлять, что инфицированию подвергаются дети с 3-х месяцев. Кроме того, возраст 8-9 лет также можно отнести к критическому, ибо инфицированность при этом возрастает в 2-3 раза по сравнению со взрослыми (мальчики подвергаются заражению в 2-3 раза чаще девочек). К тому же, у взрослых в возрасте 28-37 лет, наоборот, поражается женское население. Но, самое главное, что первичным инвазиям способствует семья и "любимые" животные. Характерно, что у детей падает иммунитет и увеличивается частота случаев бактериальных инфекций (пневмоний, бронхитов, отитов, ангин, стоматитов).

Течение заболевания может быть острым, хроническим (затяжным рецидивирующим) и латентным. Симптоматика зависит от возраста и интенсивности инвазии.

К настоящему времени считается, что основным клиническим проявлением является диарея. Но чаще это признак первичной инфекции, сопровождающийся почти в трети случаев нарушением

всасывания, что расценивается как проявление панкреатита. Тем более, что появляется тошнота, отрыжка, изжога при и после приема пищи. Такое состояние длится от нескольких дней до 3-х месяцев. Кроме того, характерна связь боли в подложечной, пилородуоденальной области и вокруг пупка с приемом пищи. Для семейного врача важно учитывать, что у детей дошкольного возраста и подростков клиническая симптоматика чаще всего соответствуют кишечной форме и проявляются дуоденитом, энтеритом, дуоденогастральным рефлюксом, гастроэнтеритом.

Такой характер поражений способствует активизации хеликобактерной инфекции, грибов, что в свою очередь, стимулирует процесс размножения простейших. Соответственно, резко снижается количество непатогенной кишечной палочки, бифидобактерий, лактобактерий, развивается дисбактериоз вплоть до III-IV клинической степени, что обязательно вызывает реактивный панкреатит (вследствие эндо- и экзотоксемии).

Длительное паразитирование лямблий в организме человека приводит к нарушению функции желчевыводящих путей, печени, сфинктера Одди, оказывающего регулирующее влияние на давление в дистальной части желчного и панкреатического протока в месте их выхода в нисходящую часть двенадцатиперстной кишки. При нарушении функции сфинктера Одди по панкреатическому типу определяется диспанкреатизм вплоть до развития панкреатита, в том числе рецидивирующего.

Чаще всего клиника проявляется диспепсическим синдромом с повышенной кислотообразующей и протеолитической функцией, синдромом воспалительной и ферментной интоксикации, усугубляющей интенсивность боли. В таких случаях очень часто можно зафиксировать гипергликемию (возможно, в результате нарушения углеводного обмена в печени или в результате реакции на стрессовую ситуацию, не исключено также поражение островкового аппарата поджелудочной железы). Выше приведенное способствует нарушению активности панкреатических ферментов, времени их ферментативного расщепления (протеолиза), особенно липазы. К тому же изменяется соотношение липазы, колипазы и желчных кислот (они денатурируются, уменьшая всасывание жира).

У части больных, где в анамнезе сниженная кислотообразующая функция, развивается синдром чрезмерной контаминации тонкой кишки и дисбиоз толстой (вплоть до III-IV степени). Он проявляется урчанием, вздутием живота, запорами или поносами. Нарушается трансформация

желчных кислот и стероидов, метаболизм ксенобиотиков, развиваются мутагенные метаболиты. При IУ степени резко снижаются или отсутствуют бифидобактерии, значительно уменьшается количество ацидофильных палочек, резко уменьшается количество или отсутствуют кишечные палочки с типичными свойствами. Значительно увеличиваются облигатные и факультативные виды бактерий, особенно дрожжеподобные грибы с патогенными свойствами, сальмонеллы, шигеллы, иерсинии, что значительно утяжеляет не только клиническое течение, прогноз, но и диагностику.

В результате лямблиоз приобретает хроническое персистирующее течение, где, наряду с гастроэнтерологической, сопутствующей будет и дерматологическая симптоматика. Она проявляется бледностью кожных покровов, особенно лица, порой при достаточно высоких показателях гемоглобина. Характерен также иктеричный оттенок кожи (буквально с первого года заболевания) в сочетании с дискинезией желчевыводящих путей, синдромами холестаза и энтогенной интоксикации. К постоянным дерматологическим симптомам относят также фолликулярный точечный кератоз, характеризующийся появлением гиперкератических пробок выводных протоков сальных и потовых желез на фоне сухости кожи, преимущественно на разгибательных поверхностях рук, ног, боковых поверхностях живота, области крестца. Следует отметить, что поражение красной каймы губ является частым симптомом лямблиоза у детей и подростков. Он может проявляться легкой сухостью и шелушением, на что больные редко обращают внимание, и процесс доходит до хейлита с трещинами, заедами, шелушением области вокруг рта. По-видимому, описанное обусловлено авитаминозом. К примеру, уровень аскорбиновой кислоты в крови у больных снижается в среднем до 0,44 мг %, что в два раза ниже его уровня в контрольной группе неинвазированных лиц.

Наряду с билиарно-панкреатической и кишечной формой известна аллергическая симптоматика в виде стойкого кожного зуда, крапивницы, бронхиальной астмы и астматического бронхита, эозинофильных легочных инфильтратов, иногда упорных блефаритов. Характерно, что кожные проявления исчезают сразу или в течение года после окончания специфического лечения.

Как правило, при хроническом рецидивирующем течении лямблиоза развиваются и внекишечные симптомы. Такие, как нейроциркуляторная дисфункция, астеноневротический синдром и аллергические проявления (о чем гово-

рилось ранее). Слабость, быстрая утомляемость, раздражительность, плаксивость, головные боли, головокружения, экстрасистолии, гипертензии (часто у юношей) оправдывают характеристику паразитов как "паразитов тоски и печали".

Становится очевидным, что благодаря системной реакции организма на инвазию поставить диагноз лямблиоза не так легко и просто, а порой он является находкой (чаще при проведении дуоденального зондирования в нативном мазке). Движение вегетативных форм простейших является одним из самых характерных и отличительных свойств, что позволяет поставить правильный диагноз. Промежуток времени между взятием материала и исследованием не должен быть более 15-20 минут. Дуоденальное содержимое окажется не информативным в случае паразитирования лямблий в средних и дистальных отделах тонкой кишки, поскольку олива зонда не доходит до этих мест. В таких случаях диагностически важным является исследование фекалий.

Пробы фекалий исследуются разными способами, которые включают метод нативного мазка (с целью выявления цист трофозоитов), окрашивание раствором Люголя, методы обогащения (при которых трофозоиты погибают), число паразитов надо подсчитывать в одном поле зрения.

Проблема лечения и профилактики является актуальной и требует настоятельной просветительской работы со всеми возрастными группами населения, ибо существует высокая вероятность с учетом стойкости цист лямблий к действиям окружающей среды, особенно контактных в семьях, персонала и детей в детских коллективах и наличия вредных привычек (грызть ногти, ручки, карандаши). Вспышки лямблиоза или отдельные случаи заражения могут быть связаны с водой открытых водоемов, плавательных бассейнов и водопроводов.

Кроме того, проблему создают резкое снижение иммунной защиты, сопутствующая гастроэнтерологическая патология, ограниченный выбор высокоэффективных и малотоксичных медикаментозных средств, высокий процент реинфицирования, возможное проявление форм паразитов, устойчивых к давно используемым препаратам (к примеру, метранидазолу). Метранидазол используется в виде двух основных схем. Первая - метранидазол назначается в дозе по 400 мг три раза в сутки курсом 5 дней. Вторая - препарат применяется 10 дней, при этом суточная доза для взрослых 500 мг, для детей из расчета 5 мг на 1 кг массы тела 3 раза в день (максимальная суточная доза для детей до 10 лет - 300 мг).

Учитывая, что препарат токсичен, при его приеме встречаются побочные симптомы. Чаще развивается тошнота, рвота, анорексия, болезненность в области живота, металлический привкус во рту. Характерные жалобы на головные боли, головокружение, онемение конечностей, боли в суставах и мышцах, уртикарная сыпь, зуд и гиперемия кожи, возможно развитие стоматитов, гингивитов и циститов. Метронидазол может способствовать тетурамоподобным реакциям у лиц, употребляющих алкоголь.

Запрещается назначать препарат беременным и женщинам в период лактации.

Согласно опыту профессора Бодни Е.И. (2007), при наличии гастроэнтерологической симптоматики, в том числе при сопутствующих хеликобактерно-зависимых заболеваниях, рекомендован мератин. Важно, что он не метаболизируется через систему цитохром Р450 в печени, что делает возможным его использование при ее поражениях [1]. Кроме того, учитывая данный механизм и меньшую токсичность, препарат можно назначать в комплексной терапии разных заболеваний в комбинации с другими лекарственными веществами. Мератин (орнидазол) усиливает репаративные процессы в слизистой желудка и кишечника, оказывает противоотечный, бактериостатический эффект относительно грамотригативных анаэробных палочек, в том числе и лямблий. Возможность его использования вне связи с пищей повышает комплаенс [2,3].

Взрослым и детям с массой более 35кг назначается 3 таблетки однократно вечером. Детям с массой до 35кг препарат применяется из расчета 40мг/кг массы тела однократно.

Обязателен контроль эффективности лечения (проведение контрольного паразитологического обследования). Диспансерное наблюдение проводится по клиническим и эпидемиологическим показаниям и назначается индивидуально по усмотрению семейного врача. Однако, в случаях упорного рецидивирующего течения лямблиоза, а также часто и длительно болеющим, срок наблюдения устанавливается емес. с 2-кратным исследованием проб фекалий и клиническим обследованием.

Учитывая эндогенную интоксикацию, вызванную лямблиозом и применением вышеперечисленных препаратов в течение 4-8 (в некоторых случаях до 10) недель, целесообразно проводить реабилитационную терапию. Ее задачей является энтеросорбция, детоксикация, повышение иммунной защиты, восстановление функции печени, поджелудочной железы, других органов и систем. С этой целью проводятся 1-3-месячные курсы

эссенциале Н (по общепринятой схеме), помогающие решению поставленных задач. Достаточно эффективным путем оздоровления является широкое применение природных корректоров функций органов и систем (пшима обыкновенная, солянка холмовая, тысячелистник обыкновенный и др.)

Флавоноиды ягодно-овощных соков, токоферол и каротиноиды обладают антиоксидантным действием, активизируют окислительно-восстановительные процессы, повышают сопротивляемость организма к вредным воздействиям внешней среды и инфекциям, снижают содержание холестерина в крови, улучшают трофику тканей. Так, рутин укрепляет стенки кровеносных сосудов, уменьшает их проницаемость. Полисахариды активизируют защитные реакции организма, его неспецифическую реактивность, клеточный и гуморальный иммунитет. Бетаин в сочетании с пектинами оказывает выраженное защитное и стимулирующее действие на кроветворение (лейкопоз, эритропоз) и неспецифическую иммунологическую реактивность. Сок свеклы стимулирует пищеварение, восстанавливает всасывание питательных веществ.

Профилактика - одна из важнейших звеньев работы семейного врача и включает противозидемические мероприятия в детских дошкольных учреждениях, в семье. Обучение гигиеническим навыкам - чрезвычайно важный элемент в профилактике реинвазий. При этом акцентируется внимание на тщательном мытье овощей, фруктов с последующим ополаскиванием кипяченой водой. В семье заводить животных следует тогда, когда дети выросли и овладели гигиеническими навыками. Следует не есть на улице пирожки, мороженое, пить только кипяченую, профильтрованную воду, не купаться в неизвестных водоемах. Не разрешать ребенку играть в песке или земле, если нет уверенности в безопасности. И, наконец, лечиться всей семьей, детским коллективом, чтобы избежать реинвазии.

Таким образом, лечение и профилактика лямблиоза, как и других паразитарных заболеваний, - сложная задача. В ее реализации большую роль играет информированность семейных врачей, которая помогает в диагностике, а значит - в своевременном лечении и профилактике.

Литература. 1. Бодня К.И. Сучасні уявлення про епідеміологію та лікування лямбліозу // Укр. мед. газета. - 2007. - №9. - С.9. 2. Коненков В.И., Бородин Ю.И. Паразитарные инвазии: лямблиоз, описторхоз. - Новосибирск, 2006. - 40 с. 3. Пальцев А.И. Заболевания органов пищеварения при хроническом описторхозе. - Новосибирск, 1996. - 170 с. 4. Пішак В.П., Бойчук Т.М., Бажора Ю.І. Клінічна паразитологія. - Чернівці: Медакадемія, 2003. - 344 с. 5. Христин Т.П., Пішак В.П., Кендзерська Т.Б. Хроні-

ческий панкреатит: нерешенные проблемы. - Черновцы, 2006. - 380 с.

**ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНА СИМПТОМАТИКА
ЛЯМБЛІОЗУ**

Т.М. Христинч

Резюме. Зроблений аналіз етіологічного та патогенетичного взаємозв'язків з клінічним перебігом відповідних форм лямбліозу. Обговорюються питання лікування та профілактики цього паразитозу в умовах роботи лікаря первинної медичної ланки.

Ключові слова: лямбліоз, гастроентерологічний, неврологічний, дерматологічний, синдром, лікування, профілактика.

**GASTROENTEROLOGICAL SYMPTOMATICS OF
LAMBLIASIS**

T.N. Khrystich

Abstract. The analysis of etiological and pathogenetic correlations with clinical course of corresponding forms of lambliasis is given. Questions of treatment and prophylaxis of this parasitosis in first aid doctor practice are discussed.

Key words: lambliasis, gastroenterologic, neurologic, dermatological, syndrome, treatment, prophylaxis.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Clin. and experim. pathol. - 2007. - Vol.6. №4.-P.109-113.

Надійшла до редакції 11.09.2007

Рецензент - доц. І.М. Хілько