

Перспективи подальших досліджень

Необхідно вивчити більш віддаленні результати лікування альбендазолом дітей та можливість і безпечність його застосування.

Література. 1. Ершова И.Б., Бондаренко Г.Г. Лечение гельминтозов у детей // Современная педиатрия - 2005. - №1(6). - С. 23-26. 2. Крамарев С.О. Сучасні підходи до лікування та профілактики найбільш розповсюджених гельмінтозів у дітей // Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я №82-2005. 3. Тумольская Н.И. Альбендазол - новые возможности лечения гельминтозов // Новые лекарства. - 2003. - №4. - С. 21-25. 4. Lohiya G.S., Tan-Figueroa L., Crinella F.M., Lohiya S. Epidemiology and control of enterobiasis in a developmental center // West J. Med. - 2005. - Vol.172. №5. - P. 305-308.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АЛЬБЕНДАЗОЛА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕЛЬМИНТОЗОВ У ДЕТЕЙ

Т.В. Сорокман, С.В. Соколышк, Н.И. Подвысоцкая, Н.А. Зимагорова

Резюме. Изучена эффективность применения альбендазола в лечении энтеробиоза и аскаридоза у 54 детей возраст-

том от 3 до 16 лет. Доказано, что включение альбендазола в схему лечения гельминтозов обеспечивает более быстрое исчезновение патологических проявлений заболевания.

Ключевые слова: дети, альбендазол, аскаридоз, энтеробиоз.

EXPERIENCE OF ALBENDAZOL APPLICATION IN COMPLEX TREATMENT OF HELMINTHIASES IN CHILDREN

T.V. Sorokman¹, S.V. Sokol'nyk¹, N.I. Pidvisotska¹, N.O. Zymagorova²

Abstract. The efficiency of albendazol application in treatment of enterobiasis and ascaridosis at 54 children in age from 3 till 16 years old is investigated. It is proved, that the albendazol inclusion in the circuit of treatment of helminthiases provides faster disappearance of pathological displays of disease.

Key words: children, albendazol, enterobiasis, ascaridosis.

¹Bucovinian State Medical University (Chernivtsi)
²Regional children's hospital №2 (Chernivtsi)

*Clin. and experim. pathol. - 2007. - Vol.6. №4. - P.42-44.
Надійшла до редакції 18.09.2007*

Рецензент - доц. В.Д. Москалюк

УДК 616.379-002:616-993

*Т.Н. Христинч
В.П. Пишак
Т.Б. Кендзерская
А.И. Захарчук*

ПАЗАРИТАРНАЯ ИНВАЗИЯ: РОЛЬ В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Буковинский государственный медицинский университет, г. Черновцы

Ключевые слова: паразиты, инвазия, хронический панкреатит, клиника, лечение.

Резюме. Описано влияние сопутствующей паразитарной инвазии на течение хронического панкреатита, что сопровождается изменением клинической картины заболевания и требует дифференцированного подхода при выборе методов диагностики и лечения.

Вступление

Гельминтозы - обширная группа паразитарных заболеваний, вызываемых гельминтами, в значительной степени определяющая состояние здоровья населения.

Среди паразитарных болезней в Украине гельминтозы составляют 90,23%, протозоозы -

9,76% [1]. Чаще всего встречаются следующие виды гельминтозов:

- нематодозы - аскаридоз, токсокароз, энтеробиоз, анкилостомидоз, стронгилоидоз, трихинеллез;

- цестодозы - тениаринхоз, тениоз, дифиллоботриоз и гименолепидоз;

© Т.Н. Христинч, В.П. Пишак, Т.Б. Кендзерская, А.И. Захарчук, 2007

- трематодозы - описторхоз, клонорхоз и фасциолез.

Результаты многолетних исследований показывают, что очень часто у пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) неэффективность терапии обусловлена недиагностированными паразитарными болезнями. Паразитарные болезни часто оказываются последними в цепи дифференциально-диагностического мышления врача, недооценивается также значение лямблиоза и кишечных гельминтов, являющихся первопричиной патологии органов ЖКТ [3]. Поскольку клинические проявления гельминтозов характеризуются, как правило, неспецифичностью клинической симптоматики (общая слабость, аллергия, кожный зуд, выпадение волос, ломкость ногтей, нервозность, нарушения сна, боли в животе, метеоризм, расстройства стула, упорный дисбиоз, головная боль, тошнота и снижение аппетита по утрам, повышение или снижение массы тела, снижение уровня гемоглобина в крови), хроническим течением с относительно медленным нарушением функции различных органов и систем, при недостаточной компетентности или внимательности врача достаточно часто происходит списывание клинических проявлений болезни на счет других патологий.

Существуют следующие механизмы патогенного воздействия паразитов на организм человека [3]:

- механическое повреждение слизистой;
- воспаление слизистой (освобождение протеолитических ферментов, гиалуронидазы);
- патологические висцеро-висцеральные рефлексы;
- нарушение процессов пищеварения и всасывания;
- развитие дисбиоза кишечника;
- формирование гиповитаминоза и гипоферментоза;
- сенсibilизация организма хозяина антигенными субстанциями;
- развитие аллергических и аутоаллергических реакций (в том числе в слизистой кишечника), местной и общей иммуносупрессии;
- формирование эндогенной интоксикации;
- потенцирование аллергических реакций на продукты питания (непищевая аллергия);
- задержка роста, похудение.

Механическое воздействие паразитов на организм хозяина весьма многообразно и нередко является основной причиной таких серьезных осложнений, как абсцессы печени и поджелудочной железы, кишечная непроходимость, перфорация кишечника, закупорка желчных

протоков и протоков поджелудочной железы, железодефицитная анемия, гиперинвазионный синдром (СПИД + стронгилоидоз) [4].

Цель исследования

Изучить удельный вес паразитарных инвазий в развитии хронического панкреатита (ХП).

Материал и методы

Для реализации поставленной цели нами проанализировано 124 истории болезни пациентов гастроэнтерологических отделений областной клинической больницы, больницы скорой помощи г.Черновцы, городской клинической больницы №3 с диагнозом ХП и обследовано 22 пациента ХП без паразитарных инвазий (возраст - от 18 до 65 лет). Для объективизации поражений различных органов и систем и выявления сопутствующей патологии пациентам был проведен полный комплекс клинико-лабораторных и инструментальных исследований. Паразитологическое исследование на наличие *A.lumbricoides*, *O.felipeus*, *F.hepatica*, *D.lanceatum*, *L.intestinalis* проводили согласно МУК 4.2.735-99 "Паразитологические методы лабораторной диагностики гельминтозов и протозоозов", также использовался метод иммуноферментного анализа для учета ретроспективных факторов касательно инвазивности исследуемой группой пациентов.

Обсуждение результатов исследования

Наиболее часто пациенты ХП были поражены аскаридой - 74 пациента (59,7%), лямблиоз встречался у 45 (36,3%), описторхис - у 32 (25,8%), фасциолез - у 2 (1,6%), дикроцелиоз - у 1 (0,8%). У 22 пациентов (17,7%) наблюдалась смешанная инвазия лямблиями и аскаридами, у 11 (8,9%) - описторхисы и аскариды, у 3 (2,4%) - описторхисы и лямблии.

В группе пациентов ХП с паразитарной инвазией наблюдались следующие клинические особенности: более тяжелое и торпидное течение ХП, почти в 90% случаях наличие сопутствующей патологии ЖКТ (дискинезии желчевыводящих путей (ЖВП), холециститы, гепатиты, гастродуодениты, энтероколиты), также наблюдали сопутствующую патологию сердечно-сосудистой системы, легких, множественные аллергические реакции (как общие, так и местные).

При анализе клинической картины у пациентов ХП с хроническим описторхозом установлено, что типичные для хронического описторхоза проявления болевого абдоминального синдрома, диспепсического синдрома, астеновегетативного синдрома были более разнообразными у больных

зрелого возраста. У большинства обследованных больных 40-59 лет имело место сочетание двух или нескольких синдромов. У больных пожилого возраста преобладали проявления болевого абдоминального синдрома, реже диспепсического и астеновегетативного синдромов.

В патогенезе поражения поджелудочной железы (ПЖ) аскаридами имеют значение механический и аллергический факторы [8]. Возникают реакции гиперчувствительности, что приводит к появлению эозинофильных инфильтратов в печени, легких, ПЖ, сыпи на коже, ангионевротическому отеку, развитию аллергического ХП. При интенсивной инвазии возникает механическое травмирование кровеносных сосудов, которые кровоснабжают печень, ПЖ, легкие. При миграции аскарид в протоки ПЖ, возникает нарушение оттока панкреатического секрета с развитием острого панкреатита (ОП) разной степени тяжести, вплоть до панкреонекроза [8, 11]. Возможна закупорка печеночного протока, развитие аппендицита, перфорация и пенетрация кишечника. Осложнения, вызванные миграцией аскарид, являются главными причинами смерти при аскаридозе.

Лямблиоз. Выделяют следующие клинические формы заболевания: кишечную, токсико-аллергическую, анемическую, гепатобилиарную, астено-невротическую и смешанную. При кишечной форме отмечаются выраженные диспептические и абдоминальные синдромы. Для гепатобилиарной формы лямблиоза характерна дискинезия ЖВП со спазмом или атонией сфинктеров, холестаза. Нередко поражение ЖВП сочетается с гастритом, гастродуоденитом, ХП. При астено-невротической форме лямблиоза симптомы со стороны ЖКТ выражены умеренно. На первый план выступают головные боли, нейроциркуляторная дистония, нарушение сна, раздражительность, утомляемость. Токсико-аллергическая форма болезни характеризуется более частыми острыми аллергическими состояниями. Течение острого алергоза при лямблиозе упорное, затяжное, с трудом поддается медикаментозной терапии. Следует помнить, что быстрому увеличению количества лямблий способствуют: богатая углеводами пища; общая недостаточность белков в пище; желчь в низких концентрациях; высокая интенсивность пристеночного пищеварения; снижение кислотности желудочного сока; нарушение биоценоза кишечника.

Описторхисы паразитируют в ЖВП, желчном пузыре (ЖП), ПЖ и протоках ПЖ. Описторхоз ПЖ протекает по типу ХРП и, как правило, сочетается с воспалительным поражением ЖВП

(развитие холецистита, холангита). В основе развития заболевания - нарушение оттока желчи и панкреатического секрета, вторичная бактериальная инфекция, токсический и аллергический компоненты [9]; сенсibilизация организма продуктами метаболизма паразита, механическое повреждение описторхисами ткани печени, ЖВП и ПЖ, нервно-рефлекторное влияние. В клиническом течении описторхоза различают две фазы: острую и хроническую. В острой стадии болезнь начинается внезапно: наблюдаются сильные боли в эпигастрии и правом подреберье, головная боль, слабость, боли в мышцах и суставах, потеря аппетита, понос, исхудание, тошнота, рвота. В зависимости от преобладания симптомов различают такие синдромы острой фазы: пищеварительный, гепатобилиарный, холецистоподобный, холангиогепатопанкреатический, кожный, мышечно-суставной, лимфаденопатический, бронхолегочной, сердечный, почечный, астеновегетативный. В хронической стадии: боли в эпигастрии и правом подреберье, иррадиирующие в левое подреберье и спину; обмороки, головная боль, диспепсические расстройства. Возникновение опоясывающей боли в верхней половине живота с иррадиацией влево по реберной дуге к селезенке, болезненность при глубокой пальпации ПЖ, постепенное развитие внешне- и внутрисекреторной недостаточности ПЖ свидетельствует о присоединении к описторхозной инвазии ХП [2, 5].

Анализ результатов многих исследований [7] позволил выделить ряд синдромов, которые встречаются с различной частотой: с высокой - синдром холестаза, дискинезии ЖВП, аллергический, гастроинтестинальных проявлений, холангиохлецистита, нарушения микробиотоза, вегетососудистой дистонии, панкреатопатии и, реже, - холангиогепатита. Синдромальный подход (рис.), рассмотрение основных звеньев патогенеза показали, что хронический описторхоз - это системное заболевание, не ограничивающееся только патологией органов обитания паразита.

В свете представленных данных хронический описторхоз следует рассматривать как системное заболевание человека, вызываемое трематодой *Opisthorchis felinus*, паразитирующей в протоках печени, желчном пузыре и ПЖ, оказывающей аллергическое, механическое, нейрогенное воздействие с возможным присоединением вторичной инфекции и поражающей органы постоянного обитания гельминта, расположенные на путях его миграции, а также интактные органы и системы.

Как показали исследования Пальцева А.И. (2004), аллергический синдром встречается значительно чаще, чем это принято считать. В

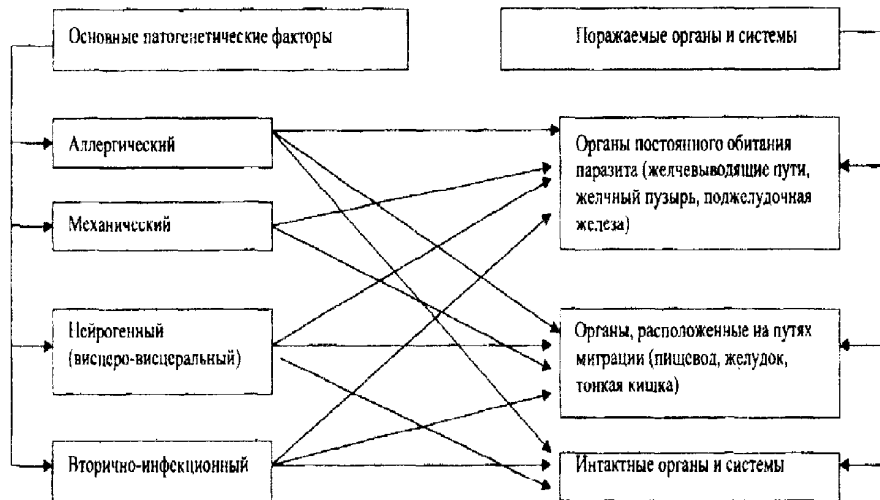


Рис. Синдромальный подход при рассмотрении основных звеньев патогенеза хронического описторхоза (Пальцев А.И. и соавт., 2004)

90% случаев и более при хроническом описторхозе у больных наблюдали изменения конъюнктивы век (симптом Пальцева), что проявляется в гиперемии различной интенсивности, отеке, инъекции сосудов, пролиферативных изменениях в виде мелких высыпаний белого или желтого цвета.

Желудок и кишечник не являются местом постоянного обитания описторхисов, вместе с тем они вовлекаются в патологический процесс более чем в 90% случаев. Так, болевой синдром наблюдался у 93% больных, а диспепсический - у 78%. У 5% отмечался своеобразный симптомокомплекс, напоминающий демпинг-синдром, что, возможно, связано с особыми инсулин-конкурентными взаимоотношениями паразита и хозяина [6].

В протоках ПЖ может паразитировать *F. hepatica*, вызывая ХРП. При фасциолезе, продолжительном течении болезни нарастают расстройства функции печени, появляются понос, макроцитарная анемия, исхудание. В некоторых случаях фасциолезная инвазия проходит при незначительных клинических проявлениях - умеренных диспепсических расстройствах и нерезких болях в животе. На ранней стадии болезни, во время миграции, фасциолы повреждают ткани, в первую очередь печени, и преобладают признаки аллергии. В более позднюю фазу половозрелые формы вызывают хроническое воспаление ЖВП с разрастанием фиброзной ткани, откладыванием в ней солей кальция, развиваются явления холангита, дискинезии ЖВП, иногда гепатита, ХРП.

Выводы

1. Наиболее часто встречаемые при хроническом панкреатите паразитарные инвазии - аскаридоз, описторхоз и лямблиоз.

2. Наличие паразитарных инвазий меняет клиническую картину основного заболевания и требует изменения тактики ведения таких пациентов.

3. Сталкиваясь в лечебной практике с торпидным течением хронического панкреатита и неэффективностью назначенного лечения, не следует забывать о возможном паразитарном генезе заболевания.

Литература. 1. *Бабак О.Я.* Кишечные гельминтозы: ситуация и тенденции к ее изменению // Здоров'я України, 2006. - №9/1. - С. 6-11. 2. *Бодня К.І.* Порушення процесів адаптації та їх корекція при хронічному опісторхозі: Автореф. дис. д.мед.п.: 14.01.13 - Інфекційні хвороби. - К., 1999. - 42 с. 3. *Бодня Е.И.* Роль паразитарных инвазий в развитии патологии органов пищеварения // Современная гастроэнтерология. - 2006. - № 3 (29). - С. 56-62. 4. *Бронштейн А.М., Малышев Н.А.* Гельминтозы органов пищеварения: кишечные нематодозы, трематодозы печени и ларвальные цестодозы (эхинококкозы) // Российский медицинский журнал, 2004. - Т.12, № 4. - С. 4-9. 5. *Зубарев В.С., Кардаков Ю.И.* Описторхоз, поджелудочная железа, сахарный диабет // Медицинская паразитология. - 1990. - №2. - С. 55-57. 6. *Озерецковская Н.Н., Сергеев В.П.* Массовое лечение описторхоза празиквантелом с позиций клинициста и эпидемиолога // Медицинская паразитология и паразитарные болезни - 1993. - № 5. - С. 6-13. 7. *Пальцев А.И.* Заболевания органов пищеварения при хроническом описторхозе. - Новосибирск, 1996. - 170 с. 8. *Пишак В.П., Бойчук Т.М., Бажора Ю.І.* Клінічна паразитологія. - Чернівці: Медакадемія, 2003. - 344 с. 9. Уровень сывороточного Ig E и внутрисекреторная деятельность желудка, двенадцатиперстной кишки и поджелудочной железы после излечения от описторхоза // *Л.И. Зверева, Н.Н. Озерецковская, А.И. Кортев и др.* // Мед. паразитол. - 1990. - №4. - С. 32-33. 10. A case of alveolar echinococcosis restricted to the pancreas // *J.L. Frossard, B. Armenian, B. Gotsstein et al.* // Am. J. Gastroenterol. - 1997. - Vol. 92, N 11. - P. 2117-2119. 11. Ascaris pancreatitis: Early diagnosis by ultrasonography and endoscopic treatment // *H. Yamamoto, K. Tamada, T. Tomiyama et al.* // Endoscopy. - 1998. - Vol. 30, №3. - P. 316.

**ПАЗАРАТАНА ІНВАЗІЯ: РОЛЬ У РОЗВІТКУ
ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ**

*Т.М. Христич, В.П. Пішак, Т.В. Кендзерська,
О.І. Захарчук*

Резюме. Описаний вплив супутньої паразитарної інвазії на перебіг хронічного панкреатиту, що супроводжується зміною клінічної картини захворювання й вимагає диференційованого підходу при виборі методів діагностики та лікування.

Ключові слова: паразити, інвазія, хронічний панкреатит, клініка, лікування.

**PARASITIC INVASION: ROLE OF DEVELOPMENT OF
CHRONIC PANCREATITIS**

*T.M. Khristich, V.P. Pishak, T.V. Kendzerskaya,
O.I. Zaharchuk*

Abstract. It has been established the influence of associated parasitic invasion on the course of chronic pancreatitis, which is accompanied by changing of clinical picture of the disease and requires the differential approach during methods of diagnostics and treatment choosing.

Key words: parasites, invasion, chronic pancreatitis, clinic, treatment

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Clin. and experim. pathol. - 2007. - Vol. 6, №4. - P. 44-48.

Надійшла до редакції 31.08.2007

Рецензент - проф. О.І. Федів