

Рамазанова А.!,
Кудратова М.П.,
Мансурова М.Р.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ ПРОТИВОЛЯМБЛИОЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Самаркандский медицинский институт (ректор - проф. Шамсиев А.М.)

Паразитарные заболевания, в том числе лямблиоз, являются проблемными вопросами для здравоохранения. По данным ВОЗ. около 450 миллионов человек больны паразитарными инфекциями, большинство из них - дети. Установлено, что лямблиоз является широко распространенным заболеванием, регистрируемым во всех странах мира.

Целью работы является освещение вопроса сравнения эффективности некоторых противолямблиозных препаратов.

Материал и методы. Материалом для исполнения данной работы послужили 36 детей с латентной формой лямблиоза. Наблюдаемые дети жалоб не предъявляли, а при общеклиническом исследовании патологии не выявлено. Физическое развитие больных соответствовало возрасту. Цистовыделение колебалось от 0,5 до 0,7 и в среднем составило 0.6 цист в поле зрения.

При субклинической форме лямблиоза, к которой нами отнесено 78 детей, наблюдались не резко выраженные боли в животе (у 66 из 78- 84,6%), синдром «кишечной» (у 52- 66,7%) и реже «желудочной» (у 25- 32,1%) диспепсий. Такая симптоматика типична для лямблиоза, так как простейшие вегетируя в двенадцатиперстной и тонкой кишке вызывают повреждения слизистой.

Об этом свидетельствуют и особенности локализации болей в животе при пальпации. При субклинической форме лямблиоза боли в животе при пальпации в основном локализовались в пилородуоденальной зоне, что свойственно дуодениту. Реже боли отмечались около пупка и подложечкой.

Боли были поздними и возникали натощак или появлялись через 1-2 часа после еды. Боли, как правило, были тянущие и тупые. Наряду с нерезко выраженным болевым синдромом были диспептические явления. Наиболее часто тошнота (у 11 из 78 - 14.1%), отрыжка (10,2%) и лишь у двух больных отмечалась изжога.

Наряду с признаками так называемой «желудочной» диспепсии в 2 раза чаще наблюдались симптомы кишечной диспепсии. Среди последних наиболее часто (у 38 из 78 больных - 48,7%) наблюдался не устойчивый стул, причем чаще жидкий. У 6 (7,6%) больных наблюдался метеоризм, у 6 (7,6%) запоры, а у 2 (2,5%) урчание в животе.

Рост детей субклинической формой лямблиоза был чаще средним у 88,5%, реже у 6,4% ниже среднего или выше среднего у 5,1%. Масса тела у детей с субклинической формой лямблиоза чаще была средней у 82,0%, реже ниже средней (10,2%).

Цистовыделение при субклинической форме

колебалось от 0,7 до 2,2, в среднем составляла 1,5 цист в поле зрения.

У 62 больных была клиническая форма лямблиоза. По сравнению с субклинической формой у больных этой группы наблюдались более интенсивные боли в животе, проявления «желудочной» и «кишечной» диспепсии. Кроме того, не редко отмечались относительная низкая масса тела и отставание в росте.

У больных с клинической формой лямблиоза были поздние боли. Хотя боли были тупыми, они были более продолжительными. Значительно чаще, чем при субклинической форме наблюдались проявления желудочной диспепсии. Так. тошнота была у 18 из 62 (2,9.0% детей), отрыжка у 11 (17,7%), изжога у 6 (9,6%). У 26 детей отмечалось снижение аппетита, у 6 (9,6%) метеоризм и 3 (4,8%) урчание в животе. Энтеральный синдром был более выраженным. Гак. у 55 из 62 (88,7% детей) стул был неустойчивый, жидкий, часто пенистый, желтого цвета.

У детей с клинической формой лямблиоза рост был средним у 33 из 62 (53,2%), ниже среднего у 17 (27,4%), а у 10 (16,1%) рост был низким. Средняя масса тела была у 37 из 62 детей (59,7%), ниже среднего у 17 (27,4%), а у 7 низкий (11,2%).

При клинически выраженной форме лямблиоза цистовыделение колебалось от 2,2 до 2,8 и в среднем составило 2,5 цист в поле зрения.

Результаты исследования. Лечение лямблиоза у детей наряду с назначением противо- лямблиозных медикаментозных средств, включало так же лечебное питание, повышение гигиенических знаний. Дети с латентной формой лечились амбулаторно, а субклинической и клинической формами госпитализировались в связи с болями в животе и энтеральным синдромом. При сильных болях назначался постельный режим, в остальных случаях общий.

В связи с полученными результатами исследования абсорбции углеводов и жиров, а именно снижение экскреции Д-ксилозы с мочой в первые 2 часа после пероральной нагрузки, так же при всех формах лямблиоза экскреция йода после нагрузки йодолиполом

была ниже чем у здоровых детей. В связи с этим мы пересмотрели набор продуктов для стола 4 или 5. исключив из них продукты, содержащие сахара и увеличили квоту легко усвояемого растительного жира за счет уменьшения сливочного масла.

У детей раннего возраста при остром начале лямблиоза с выраженным диарейным синдромом необходимо в течение 1-2 дней включать в рацион питания продукты богатые пектинами-энгеросорбентами. Это рисовый отвар, каротино-яблочная смесь, черничный кисель. В дальнейшем, в зависимости от состояния ребенка постепенно осуществляется перевод на физиологическое питание. Весьма полезно во время лечения проводить тюбажи по Демьянову «Слепое зондирование» способствует хорошему оттоку желчи, которая стимулирует перистальтику кишечника, таким образом, организм быстро и эффективно освобождается от лямблий и продуктов их жизнедеятельности.

Большое значение в лечении лямблиоза необходимо уделять нормализации биоценоза кишечника, который при лямблиозе, как правило, нарушается. Для нормализации микрофлоры кишечника в диету ребенка следует вводить кисломолочные продукты, а в качестве препаратов назначаются курсы лечения эубиотиками (бифидумбактерин, лактобактерии, лакто J).

Для закрепления положительного терапевтического эффекта, а так же для восстановления слизистой оболочки кишечника рекомендуется проведения длительной (1-2 мес) фитотерапии, спазмолитические препараты, а так же средства, включающие в себя белладонну, средства обладающие энтеро- и газосорбционным действием (карбобен, смекта).

Нами также проведено сравнение эффективности некоторых противоямблиозных препаратов. Исследуемым назначали фуразолидон, комбинацию фуразолидона и метронидазола, а так же зентел (альбендазол), который относится к группе карбаматбензимидазолов. Установлено, что продолжительность болей была наименьшей при назначении зентела и более длительна при лечении только фуразолидоном ($14.0 \pm 1,1$ день).

Диспептические явления имевшиеся перед началом лечения исчезали под влиянием зентела в

течение первых 3-х дней, при комбинации фуразолидона с метронидазолом в первые 6 дней, и при монотерапии фуразолидоном они держались 2 недели. Наряду с диспептическими явлениями симптомы «кишечной» диспепсии исчезали под влиянием зентела в течение первых 2-х дней, а при комбинации фуразолидона и метронидазола - 5 дней, а при монотерапии фуразолидоном держались 10 дней.

При лечении фуразолидоном с латентной формой лямблиоза освобождение от лямблий наблюдалось у 66,6% больных, при субклинической форме 61,8%, с клинически выраженной формой лямблиоза у 50,0% больных, при комбинированном лечении фуразолидоном и метронидазолом с латентной формой исчезновение лямблий наблюдалось у 82,6% больных, при субклинической 83,2% и 86,3% с клинически выраженной формой лямблиоза. При лечении зентелом у детей с латентной формой, исчезновение лямблий наблюдалось у 86,6%, при субклинической 91,6%, при клинически выраженной форме лямблиоза 97,6%.

У оставшихся 1,4% больных отмечалась реинвазия. Это связано с тем, что при упорном цистовыделении и происходит изменение активности Т-лимфоцитов, снижение иммуноглобулинов А и появление антител к нативной дезоксирибонуклеиновой кислоте.

Поэтому с целью повышения защитных свойств организма рекомендуется иммуномодулятор - левамизол в комплексном лечении лямблиоза.

Таким образом, лечение лямблиоза необходимо проводить комплексно, учитывая этиопатогенез, клиническую картину, мальабсорбцию жиров, углеводов. Наибольшей противоямблиозной активностью обладает лечение зентелом. Такое лечение прекращает цистовыделение у 91,6% детей.

Литература

1. Авдюхина Т.Н., Константинова Т.Н., Кучера Т.В. Лямблиоз. Учеб, пособие. - М., 2003. - 34 с.
2. Алимджанова Р.Ю Дехкан-Ходжаева Н.А. «Лямблиоз в сочетании с глистной инвазией». Сб.науч. трудов-Ташкент. 1987.63-67.
3. Бычкова Н.К. «Фитотерапия паразитарных заболеваний желчевыводящей системы у детей» Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - Томск, 1999.
4. Дехкан-Ходжаева Н.А. «Лямблиоз. Патогенез. Клиника и лечение». - Ташкент; медицина 78.
5. Рамазанова А.Б. «Новые аспекты патогенетической терапии у детей». Проблемы биологии и медицины-Самарканд 2008. №3 с 54-55
6. Рамазанова А.Б. «Абсорбция углеводов при лямблиозе кишечника у детей». Республиканская научная конференция. Ташкент- 2010. с.: 67-69.
7. Сергиев В.П. «Паразитарные болезни сегодня и завтра. Качество жизни». Медицина. - 2005.-№ 1(18).-С.10-15.
8. Graun G.F. «WATERBORNE OUTBREAKS OF GIARDIASIS». New York. - 1984 P. 243-161.