

УДК 616-09+615.284+616.993.161.22

Процик А.Л., Пришляк О.Я., Вірстюк Н.Г.*, Кондрин О.С., Бойчук О.П.

Лямбліоз у дорослих хворих: клініко-лабораторні особливості та корекція лікування

Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології (зав. каф. - проф. Пришляк О.Я.)

*Кафедра внутрішньої медицини стоматологічного факультету ім. професора М.М. Бережницького (зав. каф. - проф. Вірстюк Н.Г.)
Івано-Франківського національного університету

Резюме. Обстежено 32 дорослих хворих на лямбліоз. Діагноз був підтверджений методом паразитоскопії фекалій. Провідними клінічними синдромами лямбліозу були диспептичний (82%), алергічний (72%) та астено-невротичний (65%), а їх поєднання відзначалося в 56% хворих. При лабораторному обстеженні виявлено зміни в загальному аналізі крові (ознаки анемії, підвищений рівень ШОЕ) та біохімічному аналізі крові (підвищення АлАТ, тимолової проби). Для корекції виявлених показників в комплексну терапію включали гепатопротектор з жовчегінною дією силімарин. У результаті проведеного лікування із застосуванням силімарину відмітили покращення клініко-лабораторних показників та зниження частоти виявлення лямблій у фекаліях.

Ключові слова: лямбліоз, паразитоскопія, патогенетичне лікування, силімарин.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Лямбліоз - це широко розповсюджене паразитарне захворювання. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), десята частина населення земної кулі інвазована лямбліями [4]. В Україні, на жаль, показник захворюваності на лямбліоз значно вищий, ніж у більшості розвинених країн. Збудником захворювання є лямблія *Lambliа (Giardia) intestinalis*, названа на честь професора Харківського університету Д.Ф. Лямбля [7]. За останніми даними найчастіше спостерігається водний шлях передачі. Цисти лямблій можуть зберігатись до 3 міс. у водопровідній воді, і при її очищенні слід пам'ятати, що звичайні концентрації хлору не чинять на цисти згубного впливу [10].

У життєвому циклі лямблій розрізняють вегетативні форми та цисти. Вегетативні форми нестійкі у зовнішньому середовищі і швидко гинуть, а цисти більш стійкі, негативний вплив на них чинять висушування і високі температури [3].

Розрізняють дві основні форми: маніфестний лямбліоз та лямбліоносійство.

Серед клінічних проявів лямбліозу в першу чергу характерні симптоми з боку шлунково-кишкового тракту: нестійкість випорожнень, метеоризм, болі в животі, нудота, іноді блювота, зниження апетиту [6]. Друга група симптомів зумовлена синдромом інтоксикації. Перш за все це є пригнічений, депресивний стан пацієнта. Можливі також дратівливість, плаксивість, головний біль, запаморочення, серцебиття, задишка, порушення сну [1, 12].

Для лямбліозної інвазії характерні алергічні прояви, зокрема на харчові антигени [7]. У більшості пацієнтів зустрічається нерівномірне забарвлення шкіри, її іктеричний відтінок. Останній час характерними є зміна шкіри долонь і підшов та ураження червоної облямівки губ [9].

Лабораторна діагностика лямбліозу досить проблематична [8]. Це пов'язано з тим, що діагноз лямбліозу може бути встановлений лише на підставі знаходження цист лямблій у фекаліях при копрологічному дослідженні [2, 5].

З метою поліпшення діагностики використовують імунологічні методи дослідження (визначення специфічних антитіл у крові) [1].

На даний час проводиться чимало досліджень щодо лікування хворих на лямбліоз, більшість з яких спрямовано на пошук ефективних етіотропних препаратів. Серед них найкраще зарекомендували себе такі, як ніфуразел та орнідазол. Проте меншу увагу приділено патогенетичному та симптоматичному лікуванню цього захворювання.

Лікування хворого на лямбліоз включає кілька етапів [11]. Перед проведенням терапії хворому необхідно встановлення дієти і режиму харчування, спрямованих на створення

умов, що погіршують розмноження лямблій. Патогенетичне та симптоматичне лікування передбачає застосування середнім для очищення біліарної системи, жовчного міхура і кишечника, призначення спазмолітичних препаратів, досягнення антидепресивного ефекту за допомогою заспокійливих засобів. У комплексну терапію з метою зменшення ендогенної інтоксикації також включають ентеросорбенти. Враховуючи часті ознаки дисбіозу у хворих на лямбліоз, важливу роль у лікуванні відіграє застосування пробіотиків.

Мета дослідження

Вивчити клініко-лабораторні особливості перебігу лямбліозу та ефективність лікування із використанням на фоні базисної терапії препарату силімарину.

Матеріал і методи дослідження

Під спостереженням знаходилось 32 пацієнти, які перебували на стаціонарному лікуванні в Івано-Франківській обласній клінічній інфекційній лікарні в період з грудня 2015 р. по листопад 2016 р. Серед обстежених було 15 (46,9%) чоловіків та 17 (53,1%) жінок. У сільській місцевості проживало 13 (40,6%) пацієнтів, міське населення становило 19 (59,4%). Середній вік пацієнтів становив $29,2 \pm 0,8$ років. Методом діагностики лямбліозу було виявлення збудника в калі за допомогою паразитоскопії.

Пацієнти були рандомізовані на 2 групи. Хворі 1-ї групи (n=16) отримували традиційну базисну терапію (ентеросорбенти, антигістамінні препарати, вітаміни). Хворі 2-ї групи (n=16) на тлі базисної терапії отримували силімарин. Силімарин призначали по 1 таблетці 3 рази на добу протягом 21 днів. Препарати призначали всередину після прийому їди. Як етіотропний препарат застосовували орнідазол по 1 таблетці 2 рази на добу протягом 10 днів в обох групах [2].

Метод паразитоскопії є одним з основних для підтвердження діагнозу лямбліозу. Дослідження проводиться відповідно до стандартів діагностики «Паразитологічні методи лабораторної діагностики гельмінтозів і протозоозів» [6]. Матеріал для дослідження забирали з 6-8 місць останньої порції фекалій. Досліджуваний матеріал доставляли в лабораторію не пізніше 15-20 хвилин після дефекації для негайного дослідження, тому що вегетативні форми за 0,5-1 годину гинуть, або застосовували консерванти (Турдієва, Сафаралієва, Барроу та ін.), ретельно перемішуючи кал з консервантом у співвідношенні 1 частина калу на 3 частини консерванта.

Результати дослідження та їх обговорення

У віковій структурі хворих на лямбліоз найбільше випадків відмічалось у групі 18-28 років (11 хворих - 34,4%). У групі 29-38 років було 8 пацієнтів (25,0%), в групі 39-48 років - 7 пацієнтів (21,9%), в 49-58 років - 4 пацієнти (12,5%). Найменше випадків виявлено у віковій групі 59-68 років - 2 хворих (6,2%) (рис. 1).

У клінічній картині у пацієнтів з лямбліозом переважали наступні синдроми. У хворих, в яких діагностували гострий перебіг захворювання, провідну частину становив диспептичний синдром (82%). Пацієнтів турбували біль та важкість у мезоепігастральній ділянці, періодична нудота, зниження апетиту, відрижку, печію. Також відмічались здуття живота, рідкі випорожнення до 3-5 разів на добу, що змінювалися закрепами, стеатореєю, характерні для ентериту. При об'єктивному обстеженні хворих частіше виявлялись такі зміни, як обкладений жовтим нальотом язик, помірно здутий живіт, при пальпації - болючість у ділянці пупка.

У хворих з хронічним перебігом захворювання в клінічній картині характерними були короткочасні загострення, що проявлялися насамперед рідкими випорожненнями й здуттям кишечника (14 хворих - 43,8%). Вживання їжі супро-

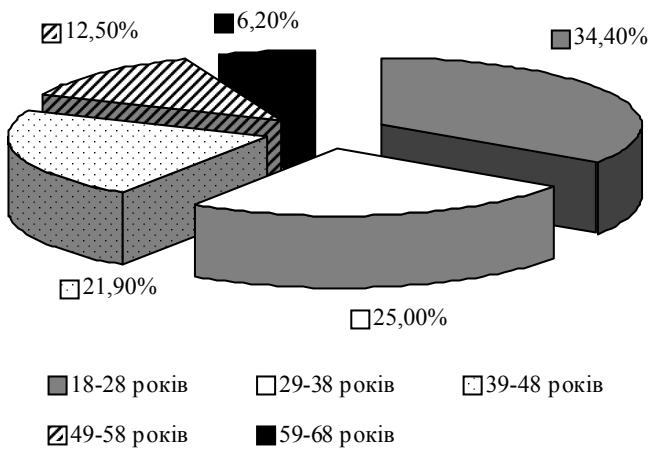


Рис. 1. Вікова структура хворих на лямбліоз

воджувалося нудотою та розвитком диспепсичних проявів, відрижкою, печією, що турбувало хворих упродовж декількох днів і могло зберігатися близько трьох місяців. Захворювання супроводжувалося зниженням маси тіла в 8 пацієнтів (25,1%).

У частини осіб із хронічним перебігом лямбліозу (13 хворих - 40,6%) виявляли ознаки гепатобіліарної патології, що мала прояви холециститу, холецистохолангіту. Такі хворі скаржилися на біль у правому підребер'ї, гіркоту в роті, гірку відрижку, відчуття болю при пальпації жовчного міхура. Про наявність холецистохолангіту свідчили позитивні жовчно-міхурові симптоми.

Довготривале паразитування лямблій супроводжувалося невротичними симптомами в 21 пацієнта (65,6%). Найчастіше хворих турбували слабкість, швидка втомлюваність, дратівливість (іноді навіть плаксивість), головний біль, запаморочення, біль у ділянці серця. На тлі інвазії лямбліями розвивалися неврози, що не мають специфічних клінічних особливостей. Не випадково професор Д.Ф. Лямбль назвав відкритий ним мікроорганізм «паразитом суму», пригнічений і депресивний стан при лямбліозі траплявся нерідко [4]. У деяких хворих функціональні зміни з боку нервової системи були єдиними клінічними проявами захворювання.

У 22 хворих (68,8%) клінічна картина протікала з переважанням алергічних проявів. Найбільш часто відмічали наявність нестихаючого шкірного свербежу, кропив'янки, еритеми шкірних покривів, бронхіальної астми, риніту, кон'юнктивіту, блефариту тощо. У двох пацієнтів (6,3%) випадків відзначався atopічний дерматит.

У разі тривалого процесу виявлялася полісимптоматика уражень шкіри. Фолікулярний краплинний гіперкератоз – частий симптом у хворих, клінічно представлений фолікулярними папулами й «гусячою шкірою» виявили у 8 хворих (25,1%). Іноді спостерігалось нерівномірне забарвлення шкіри («різнобарвна шкіра») та іктеричний її відтінок. У 5 хворих (15,6%) колір шкіри ставав іктерично-рожевим, з'являлася сухість. Деякі зміни на шкірі проявлялися у вигляді дрібного папульозного висипу у вигляді «хвилястої» пігментації в 3 хворих (9,4%). Фолікулярний гіперкератоз, хвиляста пігментація шкіри шиї, блідість і субіктеричний відтінок носогубного трикутника були патогномонічними симптомами тривало персистуючого лямбліозу в 2 пацієнтів (6,7%).

Частим симптомом при лямбліозі були ураження червоної облямівки губ (6 хворих - 18,8%). У 4 хворих відзначалися зміни стану волосся: стоншення, уповільнений ріст, різнобарвність (12,5%).

Узагальнивши результати дослідження, можна встановити, що в пацієнтів найчастіше спостерігалися прояви наступних синдромів: диспептичний (82%), алергічний

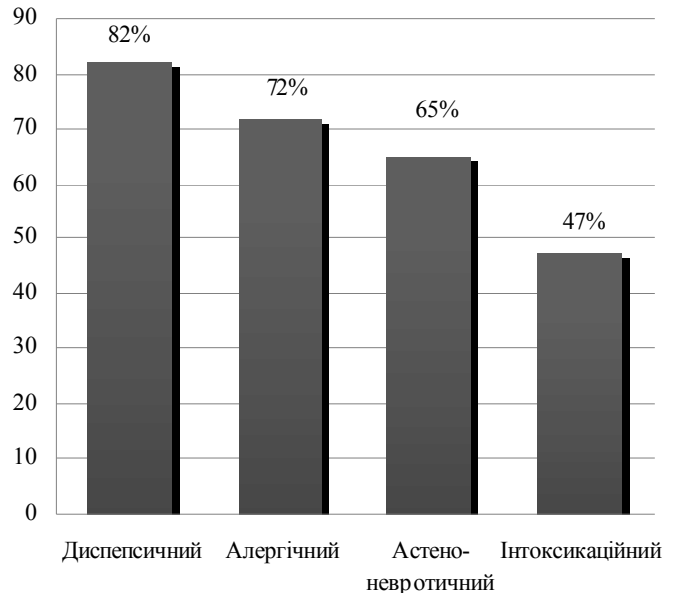


Рис. 2. Провідні синдроми в клініці лямбліозу

(72%) та астено-невротичний (65%). Поєднання цих синдромів визначалось в 56% хворих. Інтоксикаційний синдром виявляли у 47% хворих (рис. 2).

При клініко-лабораторних методах дослідження в загальному аналізі крові (ЗАК) в 11 пацієнтів (34,4%) виявляли зниження рівня гемоглобіну, лейкоцитоз у 10 хворих (31,25%), еозинофілію в 18 хворих (56,25%), підвищений рівень швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ) в 13 хворих (40,6%). У біохімічному аналізі крові у 20 хворих (62,5%) відзначали підвищення АлАТ, в 5 хворих (15,6%) - тимолової проби.

За результатами ультразвукової діагностики (УЗД), у 13 пацієнтів діагностовано ознаки реактивного або хронічного панкреатиту (40,6%), дискінезії жовчевивідних шляхів (ДЖВШ) за гіпокінетичним типом – у 12 хворих (37,5%), за гіперкінетичним типом – 2 хворих (6,3%), гепатиту - 10 хворих (31,25%).

При вивченні ефективності лікування хворих на лямбліоз у двох групах було встановлено наступне. Після проведеного курсу терапії при контрольному обстеженні пацієнтів (через 3 тижні після початку лікування) такі симптоми, як слабкість, зниження апетиту, різного характеру болі в животі, періодичний головний біль, зникали в середньому на 2-3 дні раніше ($p < 0,05$) при лікуванні в 2-ій групі пацієнтів, що отримували удосконалену терапію із застосуванням силімарину (табл. 1).

Метеоризм, підвищене бурчання в кишечнику при пальпації тривали в середньому на 4 дні довше ($p < 0,05$) в пацієн-

Таблиця 1. Тривалість основних симптомів у хворих на лямбліоз під впливом різних видів лікування ($M \pm m$)

Симптоми	Дні	
	1-ша група (традиційна базисна терапія)	2-га група (базисна терапія + силімарин)
Відчуття гіркоти в роті	4,6±0,31	3,20±0,20
Біль у животі	6,80±0,49	4,90±0,37*
Нудота	4,7±0,32	3,70±0,21
Знижений апетит	7,3±0,47	5,10±0,35*
Здуття живота	9,20±0,69	5,10±0,56*
Екзантема	7,90±1,3	4,10±0,54*
Дратівливість	10,80±0,57	7,70±0,25*

Примітка. * - $p < 0,05$ (достовірність різниці аналогічних показників між хворими, які лікувалися різними способами)

тів 1-ої групи. Екзантеми різного характеру, що нагадують алергодерматози, утримувалися також більш тривало, ніж у пацієнтів 2-ої групи.

Результати лабораторних та інструментальних методів дослідження показали наступне: у загальному аналізі крові хворих, які додатково отримували силімарин, до закінчення лікування повністю нормалізувалась кількість еозинофілів у периферичній крові. У гемограмі пацієнтів, що приймали традиційну базисну терапію, тільки в 12 хворих (71,9%) відзначалася нормалізація відносного вмісту еозинофілів, а в 9 хворих (28,1%) спостерігалось лише зниження еозинофілії, що свідчить про неповну санацію патологічного процесу. У 5 хворих (31,3%) обидвох груп зниження рівня гемоглобіну та ознаки анемії після проведеного лікування утримувалися до моменту виписки зі стаціонару.

Результати ультразвукової діагностики свідчать, що дискінезія жовчівивідних шляхів після проведеної терапії спостерігалася в 2-й групі хворих в 1,4 рази рідше (7 хворих (44,1%) у 1-й групі, 5 хворих (31,5%) – в 2-й групі).

Повторне виявлення лямблій після лікування з використанням силімарину зареєстровано в 2 (12,6%) обстежуваних, у той час, як при класичній терапії – у 6 (37,8%).

Висновки

1) у пацієнтів з лямбліозом найчастіше спостерігались прояви наступних синдромів: диспептичний (82%), алергічний (72%), астено-невротичний (65%); їх поєднання відмічалось в 56% хворих, що відповідає загальній тенденції для даного захворювання;

2) часті прояви ураження гепатобіліарної системи викликають необхідність включення препарату гепатопротекторної дії з жовчегінним ефектом (силімарину) у терапію хворих на лямбліоз;

3) контрольне обстеження фекалій продемонструвало кращу ефективність використання силімарину у комплексному лікуванні хворих на лямбліоз.

Перспектива подальших досліджень у цьому напрямку: труднощі діагностики лямблій у фекаліях та низька ефективність серологічних методів викликають необхідність проведення додаткових досліджень з метою кореляції цих показників у динаміці під впливом лікування, що дозволяють покращити діагностику лямбліозу.

Література

1. Альошина Р.М. Клініко-імунологічні аспекти алергії до гельмінтів / Р.М. Альошина, В.Т. Германов, В.В. Лейкіна [та ін.] // Клінічна імунологія та алергологія. - 2009. - № 2. - С. 25-26.
2. Бодня К.І. Сучасні уявлення про епідеміологію та лікування лямбліозу // Сучасна гастроентерологія – 2007.- Т.36, №4. – С. 70-73.
3. Бодня К.І. Лікування лямбліозу в дітей та дорослих / Актуальна інфектологія 2015. -№4 (9). – С. 31-37.
4. Васильєва Н.А. Комплексне лікування хворих на кропив'янку із супутнім лямбліозом / Н.А. Васильєва, М.І. Шкільна // Дерматологія та венерологія. - 2009. - № 2 (44). - С. 22-25.
5. Ириков О. А. Оценка информативности методов лабораторной диагностики лямблийной инфекции // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. - 2008. - N 3. - С. 22-25. - Библиогр.: С. 24-25.
6. Корниенко Е.А., Дроздова С.Н., Калинина Н.М. и др. Современное течение лямблиоза // Вопросы детской диетологии. - 2008. - Т. 8, № 2. - С. 6–11.
7. Мочалова А.А., Ершова И. Б., Карпенко И.Н., Черкасова С.Н.. Лечение и диагностика лямблиоза в современных условиях

// Актуальная инфектология. - 2013. - №1. - С. 95 – 100.

8. Сварич В. Г., Лисицын Д. А., Севериновский И. С. Сравнительная оценка эффективности различных методов диагностики лямблиоза у детей // Педиатрия. Журн. им. Г.Н. Сперанского. - 2011. - Том 90, N 2. - С. 157

9. Шкільна, М. І., Климнюк С. І. Стан мікрофлори ротової порожнини та дуоденального вмісту у хворих на алергійні захворювання шкіри на тлі лямбліозу // Практична медицина : Науково-практичний журнал. - 2008. - Том 14, N 3. - С. 178-183.

10. Kohli A, Bushen OY, Pinkerton RC, Houpt E, Newman RD, Sears CL, Lima AA, Guerrant RL. Giardia duodenalis assemblage, clinical presentation and markers of intestinal inflammation in Brazilian children. Trans R Soc Trop Med Hyg. 2008;102:718–725.

11. Michael J.G. Farthing treatment options for the eradication of intestinal protozoa // Nature Clinical Practice Gastroenterology & Hepatology. - 2006. - № 3. - P. 436–445.

12. Naess H, Nyland M, Hausken T, Follestad I, Nyland HI. Chronic fatigue syndrome after Giardia enteritis: clinical characteristics, disability and long-term sickness absence. BMC Gastroenterol. 2012;12:13.

Процьок А.Л., Пришляк О.Я., Вирстюк Н.Г., Кондрин О.Е., Бойчук О.П.*

Лямблиоз у взрослых больных: клинико-лабораторные особенности и коррекция лечения

Резюме. Обследовано 32 взрослых больных лямблиозом. Диагноз был подтвержден методом паразитоскопии фекалий. Ведущими клиническими синдромами лямблиоза были диспепсический (82%), аллергический (72%) и астено-невротический (65%), а их сочетание отмечалось в 56% больных. При лабораторном обследовании выявлены изменения в общем анализе крови (признаки анемии, повышенный уровень СОЭ) и биохимическом анализе крови (повышение АЛТ, тимоловой пробы). Для коррекции выявленных показателей в комплексную терапию включали гепатопротектор с желчегонным действием силімарин. В результате проведенного лечения с применением силімарина отметили улучшение клинико-лабораторных показателей и снижение частоты выявления лямблій в фекалиях.

Ключевые слова: лямблиоз, паразитоскопия, патогенетическое лечение, сили марин.

A.L. Protsyk, O.Ya. Pryshliak, N.H. Virstjuk, O.Ye. Kondryn, O.P. Boychuk*

Giardiasis in Adult Patients: Clinical-Laboratory Peculiarities and Correction of Treatment

Department of Infectious Diseases and Epidemiology (Head of the Department prof. Pryshliak O.Ya.) of Ivano-Frankivsk National Medical University

* Department of Internal Medicine of the Stomatological Faculty named after prof. M.M. Berezhnitsky (Head of the Department prof. Virstjuk N.H.) of Ivano-Frankivsk National Medical University

Abstract. 32 adult patients with giardiasis were examined. The diagnosis was confirmed by parasitology of faeces. The leading clinical syndromes of giardiasis were dyspeptic (82%), allergic (72%) and asthenic-neurotic (65%), and their combination was noted in 56% of patients. In laboratory examination changes in general blood analysis (signs of anemia, elevated ESR level) and biochemical analysis of blood (increased ALT, thymol test) were revealed. To correct the identified indicators the hepatoprotector with bile productive action silymarin was included into the complex therapy. As a result of treatment with silymarin the improvement of clinical-laboratory parameters and reduction of the frequency of Giardia detection in the feces was marked.

Keywords: giardiasis, parasitology, pathogenetic treatment, silymarin.

Надійшла: 23.01.2017

Завершено рецензування: 06.02.2017

Прийнято до друку: 09.02.2017