



Лекция

Гельминтозы и протозоозы в клинической практике терапевта

Л.В.Тарасова¹, Д.И.Трухан²

¹Медицинский факультет ФГБОУ ВПО Чувашский государственный университет им. И.Н.Ульянова;

²ГБОУ ВПО Омская государственная медицинская академия Минздрава России

Гельминтозы

В настоящее время известно около 300 гельминтозов человека и около 50 видов инвазий простейшими, вызывающих болезни у людей. По современным оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) 1/4 часть населения планеты инфицирована кишечными паразитами. Наиболее широкое распространение паразитарных болезней наблюдается в странах тропического и субтропического поясов Азии, Африки и Латинской Америки, где проживает большая часть населения Земли.

В Российской Федерации ежегодно учитываются около 1 млн больных с паразитарными болезнями, хотя по экспертным оценкам истинное число их может достигать 20 млн.

Этиология

Гельминтозы – обширная группа паразитарных заболеваний, вызываемых гельминтами. Гельминтозы человека вызываются преимущественно двумя типами червей: круглые черви – *Nematelminthes* (класс *Nematoda*) и плоские черви – *Platbelminthes* (класс ленточных червей – *Cestoidea* и сосальщиков – *Trematoda*).

Круглые черви – гельминты класса *Nematoda* вызывают нематодозы (аскаридоз, энтеробиоз, токсокароз, трихоцефалез, анкилостомидозы, некатороз, трихинеллез, стронгилоидоз и др.).

Ленточные черви – гельминты класса *Cestoda* вызывают цестодозы (тениаринхоз, тениоз, дифиллоботриоз, гименолепидоз, эхинококкозы и др.).

Сосальщикообразные – гельминты класса *Trematoda* вызывают трематодозы (описторхоз, фасциолез, клонорхоз и др.).

Исходя из особенностей биологического развития, паразитические черви подразделяются на три основные группы: биогельминты, геогельминты и контактные гельминты.

Ленточные черви, некоторые виды круглых червей и все сосальщикообразные относятся к биогельминтам, для которых характерна смена хозяев в процессе развития: личинки формируются в промежуточных хозяевах, а половой зрелости паразиты достигают в организме окончательных хозяев. В желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) человека личинки биогельминтов попадают при употреблении в пищу зараженной рыбы или мяса. Существует трансмиссивный путь передачи личинок паразитов (филярии) – через кровососущих насекомых. Некоторые виды гельминтов (шистосомы и некатор) могут проникать в ткани человека через непрорежденную кожу.

Круглые черви (аскариды, власоглав, анкилостомиды и др.) развиваются без смены хозяев и относятся к геогельминтам. До инвазивной стадии их личинки находятся в яйцах во внешней среде. Заражение геогельминтами в основном происходит при проглатывании зрелых яиц с пищей.

Энтеробиоз и гименолепидоз, характеризующиеся наибольшей инвазивностью, относятся к группе контактных гельминтов.

С течением времени гельминты приобрели способность к длительному существованию в организме хозяина (от 1,5 до 40 лет). Общей характеристикой всех гельминтов является их высокая плодовитость (у некоторых видов – до 250 тыс. яиц в сутки).

Клиническая картина

Клинические проявления гельминтозов многообразны и зависят как от фазы жизни гельминта, так и от особенностей организма. В дебюте болезни гельминтозы в основном не имеют ярких клинических проявлений. Часто гельминтозы протекают под маской другого заболевания (панкреатит, холецистит, энтероколит, атопический дерматит и др.), что затрудняет их диагностику и лечение.

В клинической картине у одного пациента может быть один или несколько синдромов:

- интоксикационный – повышение температуры (чаще до субфебрильных цифр), общая слабость, вялость, снижение работоспособности, аппетита и массы тела;
- диспепсический – абдоминальная боль, тошнота, рвота, расстройства стула (диарея или запор);
- холестатический – боль в правом подреберье, повышение активности трансаминаз, щелочной фосфатазы, γ -глутамилтранспептидазы, прямого билирубина;
- гепатолениальный – увеличение печени и селезенки;
- гематологический – анемия, эозинофилия, возможно лейкопения, гипопропротеинемия, диспротеинемия, значительное повышение уровня иммуноглобулина E;
- лимфопролиферативный – увеличение разных групп лимфатических узлов;
- аллергический – дерматит, крапивница, отек Квинке;
- бронхолегочный – кашель, бронхиальная обструкция, эозинофильный летучий инфильтрат (синдром Леффлера);
- зуд – кожный, перианальный и вагинальный;
- гипертензивный.



Диагностика

К ключевым критериям диагностики гельминтозов наряду с клиническими проявлениями относятся: миграционный и географический анамнез; пищевой анамнез (пищевые привычки и поведение); эпидемические факторы риска (контакт с домашними животными, землей и т.д.).

Указанные диагностические критерии позволяют врачу-терапевту предположить паразитарную этиологию заболевания и провести комплекс клинико-инструментальных и лабораторных исследований, подтверждающих или исключающих тот или иной гельминтоз.

Биологическим материалом для исследований на наличие гельминтов, их фрагментов, личинок и яиц служат фекалии, моча, дуоденальное содержимое, желчь, мокрота, ректальная и перианальная слизь, кровь, мышечная ткань. Чаще всего объектом исследования являются фекалии.

В целях диагностики гельминтозов и патологии, вызванной тканевыми гельминтами или личиночными стадиями (эхинококкозы, цистицеркоз, трихинеллез, токсокароз), широко используют серологические методы: реакции непрямой гемагглютинации, связывания комплемента, латексагглютинации, иммунофлуоресценции, иммуноферментный анализ (ИФА) и др. Увеличение уровня эозинофилов выше нормы в несколько раз в клинической практике часто служит гематологическим маркером, который позволяет заподозрить наличие гельминтоза. Для топической диагностики применяют ультразвуковое исследование внутренних органов, компьютерную томографию, эндоскопию с биопсией.

Лечение

Специфическая терапия гельминтозов проводится антигельминтными препаратами. При лечении необходимо следовать ряду правил:

- терапия должна быть строго индивидуальной;
- профилактическое применение антигельминтных препаратов без точной диагностики гельминтоза недопустимо;
- лечение должно быть комплексным, включать не только уничтожение паразитов, но и ликвидацию последствий их жизнедеятельности (холестаз, анемия, аллергические проявления и т.д.);
- антигельминтный препарат должен оказывать ларвицидное (уничтожать личинки), овицидное (уничтожать яйца), вермицидное (уничтожать взрослых паразитов) действия;
- обязательный контроль результатов лечения паразитологическими методами.

В настоящее время в нашей стране для лечения гельминтозов используется около десятка антигельминтных препаратов. Следует отметить, что ни один из самых современных препаратов не может гарантировать 100% излечение после одного курса лечения, эффективность которого обычно не превышает 90%; полное излечение, как правило, достигается после повторных курсов. Лечение проводит только врач, большинство гельминтозов можно лечить в амбулаторных условиях.

Профилактические меры

Профилактика гельминтозов включает комплекс мероприятий по выявлению больных, их лечению, обеспечению условий жизни, быта и производства, исключающих распространение этих болезней, охрану и оздоровление окружающей среды от возбудителей. Требования по профилактике отдельных групп паразитарных болезней различны и регламентируются соответствующими нормативными документами. Объем и характер проводимых мероприятий по снижению заболеваемости определяются уровнем пораженности, климатическими условиями, особенностями быта и хозяйственной деятельности населения и результатами санитарно-гельминтологического мониторинга.

Протозоозы

Протозоозы – инфекции, вызываемые паразитическими простейшими. Простейшие паразитируют в разных органах и тканях: в кишечнике, крови, центральной нервной системе, печени, легких и т.д. Возбудители передаются человеку алиментарным путем, через членистоногих переносчиков, половым путем. К наиболее распространенным протозоозам относятся лямблиоз, малярия, токсоплазмоз, трихомониаз, амебиаз.

В настоящее время в РФ среди гельминтозов по-прежнему наиболее широко распространены энтеробиоз, аскаридоз, описторхоз, дифиллоботриоз, а среди протозоозов – лямблиоз.

С момента введения регистрации лямблиоза в 1991 г. отмечается неуклонный рост заболеваемости населения. Наиболее высокие ее показатели регистрируются в субъектах РФ, где в качестве источников водоснабжения чаще используются открытые водоемы. Из всех протозоозов отмечается лишь выраженная тенденция к снижению числа больных малярией.

В рамках данной статьи остановимся на двух актуальных на сегодняшний день представителях гельминтозов и протозоозов – описторхозе и лямблиозе.

Описторхоз

Описторхоз – это природно-очаговый антропооз, вызываемый трематодой *Opisthorchis felineus* (сибирской двуусткой). Он характеризуется вовлечением в паразитарный процесс наряду с органами обитания паразитов (желчный пузырь, внутрипеченочные желчные протоки, поджелудочная железа) важнейших функциональных систем организма с латентным или клинически манифестным течением в острой и хронической стадиях, с разными клиническими вариантами их проявлений.

Из эндемической региональной патологии вследствие активной миграции населения в современной России описторхоз становится всеобщей проблемой, с которой сегодня могут столкнуться в своей практической деятельности врачи в любом регионе страны.

Наиболее крупным эндемическим очагом описторхоза является Обь-Иртышский бассейн (в настоящее время охватывает более 10 краев и областей России и Казахстана), а мировым центром этой инвазии – Тобольск. На сегодняшний день сложились условия для формирования очагов и зарегистрированы местные случаи описторхоза в 26 субъектах РФ. В других регионах заражение происходит при употреблении недостаточно термически обработанной рыбы, выловленной на эндемичных территориях, или регистрируются завозные случаи.

В 2011 г. в 63 субъектах РФ было зарегистрировано 31 597 случаев описторхоза, показатель заболеваемости составил 22,37 на 100 тыс. населения, из них 10% (3336 случаев) детей до 14 лет.

Возбудитель описторхоза – трематода *Opisthorchis felineus* (кошачья или сибирская двуустка). Длина тела гельминта от 4 до 15 мм, ширина – от 1 до 3,5 мм, толщина – 1 мм. Он напоминает по виду и величине огуречное семечко, ротовая полость гельминта снабжена присосками. Описторхис является универсальным гермафродитом. Яйца паразита мелкие – 0,026–0,030 мм, не видны глазом в отличие от половозрелых особей. Каждая особь выделяет не менее 900–1000 яиц в сутки. Яйца не опасны для людей и животных.

Замкнутый цикл развития *Opisthorchis felineus* включает:

1) окончательного (дефинитивного) хозяина, в котором обитают половозрелые особи паразита, – человек, домаш-



ние и дикие животные: всеядные (свиньи и кабаны); плотоядные семейства кошачьих и псовых.

2) промежуточного (интермедиарного) хозяина с вызреванием в нем личиночных стадий – пресноводный моллюск семейства Bithyniidae.

3) дополнительного (сукцентуриального) хозяина, в нем завершается эволюция паразита и он обеспечивает инокуляцию паразита в организм definitivoного хозяина, – пресноводные рыбы семейства карповых – Cyprinidae: язь, чебак, елец сибирский, линь, карп, сазан, усач, лещ, густера, жерех, укляк, плотва (сибирская, европейская, каспийская).

Попавшие в воду яйца проглатываются моллюсками, в кишечнике которых из яиц выходят мирацидии. Они пробуравливают стенку кишечника, проникают в ткани моллюска и превращаются в спороцисты. Через 2 мес после заражения моллюска в нем образуются церкарии, которые покидают его организм и свободно плавают у дна водоема. Церкарии имеют ротовую присоску, зубчики и легко проникают через кожу в тело рыб, предварительно укрепившись между чешуйками, чтобы отбросить хвост. После погружения в мышцы рыбы они покрываются оболочкой, превращаясь в метацеркарии.

При поедании рыбы, в мясе которой содержатся метацеркарии, в желудке происходит эксцистирование метацеркариев. Обладая положительным хемотаксисом к желчи, паразиты отыскивают отверстие желчного протока и через общий желчный проток проникают в желчные ходы, желчный пузырь, протоки поджелудочной железы. Спустя 3–4 нед после заражения гельминты достигают половой зрелости и начинают продуцировать яйца – до 1 тыс. в сутки. Во внутрипеченочных желчных ходах паразиты обнаруживаются в 100% случаев, в желчном пузыре – 60% (только после их гибели) и панкреатических протоках – 36%. Продолжительность жизни описторхисов в организме человека может достигать 25–30 лет. Скопление паразитов, яиц затрудняет отток желчи и секрета поджелудочной железы, создает условия для присоединения вторичной инфекции. Продукты обмена гельминтов сенсибилизируют организм человека. Раздражая энтерорецепторы, гельминты рефлекторным путем приводят к нарушению функции желудка, двенадцатиперстной кишки, кишечника. В результате длительного раздражения стенок желчных протоков развиваются железистая гиперплазия из эпителия, склероз и как следствие – холестаз. Описторхозная инвазия играет большую роль в канцерогенезе, установлена связь хронического описторхоза с опухолями гепатобилиарной системы.

Классификация

Современная клинко-морфологическая классификация описторхоза разработана на основе классификаций А.Г.Тютюлина, М.Э.Винникова, Р.М.Ахрем-Ахремовича, Н.Н.Озерцовского:

1. Стадии (фазы) – острая и хроническая.
2. Формы – латентная, клинически выраженная, ассоциированная с другими заболеваниями.
3. Варианты течения (с указанием преобладающего синдрома).
4. Динамика процесса (активность).
5. Осложнения.

При остром описторхозе различают четыре периода (латентный, разгар болезни, восстановление нарушенных функций, последствия и исходы), в каждом из них указывают формы течения заболевания.

1. Латентный период продолжается (с момента заражения) до 8–33 сут. Клинически ничем не проявляется.

2. Период развернутой клинической картины (разгар болезни) продолжается от 14 до 40 дней. Его течение может

быть латентным, малосимптомным, легким, средней тяжести, тяжелым. Клинические варианты течения: холангитический, гепатохолангитический, тифоподобный, энтероколитический, бронхолегочный.

3. Период восстановления нарушенных функций – продолжительность 1,5–9 мес.

4. Период последствий и исходов, который может длиться 7–9 мес: полное выздоровление; хронический гепатохолангит; астеновегетативный синдром; разные кожные аллергические проявления (крапивница, дерматиты); хирургические осложнения, переход в хроническую фазу.

Первые клинические симптомы при остром описторхозе обычно неспецифичны для паразитарной инвазии и сводятся к высокой лихорадке и тяжелой интоксикации с резкой головной болью, общей слабостью, возможно судорожным синдромом. Всегда в периферической крови выявляется лейкоцитоз, высокая СОЭ и очень часто – эозинофилия (свыше 15%), может быть эозинофильная лейкомоидная реакция.

При клинически манифестном хроническом описторхозе его варианты обозначаются по ведущему клиническому синдрому, который предопределен преимущественным нарушением функции той или иной системы организма. Выделяют несколько синдромов хронического описторхоза, которые встречаются изолированно или группами: астеновегетативный синдром, синдром гастродуоденальной диспепсии, абдоминальный болевой синдром, синдромы ангиохолангитита, холангиолита, панкреатита, бронхиальной обструкции. Реже встречаются синдромы длительного субфебрилитета и артралгии.

При описторхозе, таким образом, могут развиваться патологические изменения во многих органах и системах за пределами обитания паразита.

Диагностика

Основной клинической диагностики всех форм острого и хронического описторхоза является тщательно собранный анамнез с указанием на употребление в пищу не подвергнутой достаточной кулинарной обработке речной рыбы семейства карповых из эндемического очага.

Можно выделить следующий диагностический стандарт:

- наличие характерных анамнеза и жалоб;
- наличие в общем анализе крови лейкоцитоза, преимущественно за счет увеличения количества эозинофилов;
- наличие в дуоденальном содержимом самих *Opisthorchis felineus* и их яиц;
- наличие в кале яиц *Opisthorchis felineus*;
- положительный тест реакции ИФА на описторхоз.

Терапия

Основной группой препаратов в подготовительном периоде при остром описторхозе являются глюкокортикостероиды. Чаще всего используют преднизолон по 20–40 мг в день перорально или внутривенно (при эрозивно-язвенном поражении ЖКТ) курсом не менее 1 мес с последующим снижением и полной отменой в течение 2–3 нед. Максимальный срок приема преднизолона – 3 мес. Параллельно осуществляется улучшение билиарного дренажа как важнейшего условия эффективности антигельминтика. Это достигается применением препаратов урсодезоксихолевой кислоты (УДХК), спазмолитиков.

В качестве специфического антигельминтного препарата в настоящее время используется празиквантел. Празиквантел обычно назначается в суточной дозе 60 мг/кг массы тела по однодневной программе (максимальная доза 5,4 г – 9 таблеток празиквантеля по 600 мг). Суточная доза делится на три приема, осуществляемых с интервалом в



4 ч. Первый прием антигельминтика осуществляется через 4 ч после ужина, т.е. в 22 ч, второй – в 2 ч ночи и третий – в 6 ч утра. Это обеспечивает создание оптимальной концентрации препарата в организме, его максимальную эффективность и снижение вероятности побочного действия препарата. В последние годы появились сообщения о возможном увеличении суточной дозы до 75–90 мг/кг массы тела.

Через 4 ч или 1 сут после последнего приема обязательно проводится дуоденальное зондирование с целью освобождения билиарного тракта от слизи и скопления паразитов, погибших под действием антигельминтика.

Окончательное решение о результатах лечения выносится через 3–6 мес после подтверждения многократным исследованием (3–5 раз) дуоденального содержимого и/или кала. Трехкратный отрицательный результат свидетельствует о выздоровлении. При неэффективной дегельминтизации лечение празиквантелом, при отсутствии противопоказаний, может быть повторено не раньше чем через 4–5 мес. Также повторное назначение празиквантела требуется при массивной инвазии паразитом.

Противоэпидемические мероприятия заключаются в уничтожении возбудителя (лечение инвазированных лиц) и устранении факторов его передачи (поддержание высокого санитарного уровня водоемов, уничтожение моллюсков, предупреждение заражения человека).

Наиболее эффективное, доступное, простое средство заключается в правильной обработке рыбы. Такая обработка приводит к гибели личинок описторхиса. Гибель метацеркариев происходит при: горячем копчении рыбы, жаренье не менее 20 мин, варке не менее 12 мин с момента закипания, часовой выпечке пирогов, замораживании при температуре -40°C в морозильной камере не менее 7 ч, при -35°C – в течение 14 ч, при -28°C – 32 ч.

При посоле рыбы в собственном соку личинки погибают в мелкой рыбе (масса 10–15 г) на 4–5-е сутки, в рыбах массой до 1 кг – на 8–10-е сутки. Солить рыбу следует в теплом рассоле из расчета 2,7–2,9 кг соли на 10 кг рыбы не менее 14 дней.

Анизакидоз

С осторожностью следует давать пациенту рекомендации о замене речной рыбы на морскую. В настоящее время установлено, что многие виды морских рыб (треска, корюшка, терпуг, морской окунь, сельдевые, камбала, бельдюга, серебристый хек, зубатка, морская форель, ставрида, скумбрия, мойва и др.) являются дополнительными (резервуарными) хозяевами для анизакид – паразитов хищных рыб, рыбоядных птиц и водных млекопитающих. Ранее считалось, что личинки анизакид безвредны для человека, поскольку не развиваются до половозрелой формы. Однако последующие наблюдения показали, что, попадая в пищеварительный тракт человека, живые личинки анизакид могут быть причиной серьезной болезни, иногда с тяжелым исходом. Анизакидоз – зоонозный гельминтоз из группы нематодозов, характеризующийся поражением ЖКТ, вследствие паразитирования личиночных стадий нематод семейства *Anisakidae*.

Впервые у человека анизакидоз был зарегистрирован в Голландии в 1955 г. после употребления в пищу слабосоленой сельди. К настоящему времени зарегистрированы тысячи случаев анизакидоза в странах Европы, Южной и Северной Америки, Юго-Восточной Азии.

Лямблиоз

Особый клинический интерес в медицинской практике представляет протозооз – лямблиоз, широко распространенный во всем мире.

Впервые роль лямблий как возбудителя заболевания описал в 1859 г. врач Д.Ф.Лямбль – чешский медик, который с 1860 г. работал в России профессором Харьковского университета, а с 1871 г. – Варшавского.

Лямблия представляет собой простейший микроорганизм класса жгутиковых и с учетом биологической номенклатуры во всем мире имеет название *Giardia lamblia* (*Giardia intestinalis*). В течение жизненного цикла лямблии происходит чередование вегетативных форм (трофозоит) и цист. Цисты лямблий в фекалиях обнаруживаются у 20% населения земного шара. Лямблиоз встречается во всем мире, с более высокой распространенностью в регионах с низким санитарно-гигиеническим уровнем. По данным экспертов ВОЗ (2000 г.), ежегодно в мире лямблиозом заражаются около 200 млн человек. На территории РФ регистрируется более 130 тыс. случаев в год, из которых 70% приходится на детей в возрасте до 14 лет.

Эксперты ВОЗ (1988 г.) под лямблиозом понимают:

- 1) любой случай инвазии лямблиями (бессимптомный или с клиническими проявлениями; метод диагностики – исследование фекалий и дуоденального содержимого);
- 2) лямблиоз с клиническими проявлениями – диареей, болями в области живота или дискомфортом в ЖКТ, которые проходят после специфического лечения (метод диагностики – исследование фекалий и дуоденального содержимого, а также клиническое обследование до и после лечения).

Источником лямблиозной инвазии служит инвазированный человек или животные, в 1 г фекалий может содержаться до 20 млн инвазионных цист. Для заражения достаточно попадания 10–100 цист. В окружающей среде цисты лямблий хорошо сохраняются (до 120 сут), кипячение, замораживание (до -13°C и ниже) и ультрафиолетовое излучение приводят к их гибели. Дезинфицирующие средства действуют на лямблии губительно лишь в концентрациях, превышающих обычно используемые в 5–10 раз. Путь передачи лямблиоза – фекально-оральный. Факторы передачи – вода, пища, предметы обихода, содержащие цисты. Возможна и аутоинвазия.

Лямблиоз подразделяют на латентный и манифестный – с клиническими проявлениями.

Клиническая картина. В течении лямблиоза можно выделить инкубационный период (1–4 нед), период острых клинических проявлений, который может отсутствовать, периоды хронизации и реконвалесценции. Острая стадия лямблиоза может продолжаться до 5–7 сут, напоминает клинически острую кишечную инфекцию, для нее характерны жидкий водянистый стул, боли в эпигастрии, метеоризм, отрыжка газом с сероводородным запахом, снижение аппетита, тошнота, возможны рвота, иногда небольшое повышение температуры тела. Как правило, в течение 2–3 сут все клинические проявления могут регрессировать за счет очищения кишечника и снижения интенсивности инвазии лямблиями.

Для хронического лямблиоза характерными являются симптомы со стороны ЖКТ: персистирующая диарея, чередование запоров и поносов, мальабсорбция, схваткообразные боли в животе, диспепсия, тошнота, снижение аппетита, часто сочетающиеся с симптомами нарушения общего состояния (головные боли, раздражительность, недомогание, быстрая утомляемость, эмоциональная лабильность), аллергическими и кожными проявлениями. Несмотря на многообразие клинических проявлений, можно выделить несколько форм манифестного лямблиоза: кишечную, билиарно-панкреатическую, с внекишечными проявлениями и смешанную.

Диагноз ставится на основании клинических данных, эпидемиологического анамнеза и результатов лабораторного обследования.



Диагностика. Верифицирующим методом лабораторной диагностики лямблиоза является обнаружение вегетативных форм (трофозоитов) в дуоденальном содержимом и/или цист лямблий в фекалиях. В обычной практике желательнее исследовать фекалии для обнаружения цист лямблий в свежем материале (15–20 мин после взятия) либо с использованием специальных консервантов.

Эффективность исследования кала составляет около 50% из-за прерывистости цистовыделения («слепой период»). При отрицательном первом анализе проводят не менее трех исследований кала в непоследовательные дни (с интервалом 2–3 дня). Поскольку отрицательные периоды в выделении лямблий могут колебаться от 2–3 сут до 2–3 нед, при серьезном подозрении на лямблиоз рекомендуют проводить протозоологическое исследование кала в течение 4–5 нед с интервалом 1 нед.

Вероятность обнаружения лямблий в дуоденальном содержимом (чаще в порции А) более высока, чем при исследовании кала, так как не зависит от периодичности цистовыделения.

Другие методы диагностики в практике используются реже. К ним относятся электронная микроскопия биоптатов, мазков-отпечатков слизистой оболочки тонкой кишки, ПЦР-диагностика копрофильтрата. Серологические методы являются косвенными, дополнительными методами диагностики лямблиоза. Более высоким диагностическим потенциалом обладают методы обнаружения антигенов лямблий в фекалиях и биоптатах при использовании антител к цельным трофозоидам или моноспецифических антител к антигенам лямблий.

В лечении лямблиоза целесообразно выделить несколько этапов.

- Подготовительный (1–2 нед) – включает диету, направленную на создание условий, ухудшающих размножение лямблий (каши, сухофрукты, овощи, растительное мас-

ло); ограничение употребления углеводов; назначение энтеросорбентов и восстановление функций желчного пузыря и желчевыводящих путей (УДХК).

- Основной – включает противопаразитарную терапию препаратами, действующими на простейших: нифурател, албендазол, тинидазол, метронидазол, орнидазол, фуразолидон, ниморазол, тенонитрозол. Противоямблиозная терапия сопровождается приемом антигистаминных препаратов и энтеросорбентов.

- Восстановительный (2–3 нед) – проводится коррекция функционального состояния билиарного тракта (УДХК) и кишечного микробиоценоза (пробиотики, пребиотики, синбиотики), при необходимости назначаются ферментные препараты (по результатам копрограммы).

Для оценки эффективности лечения чаще используется трехкратное копрологическое исследование кала с использованием специальных консервантов в непоследовательные дни (с интервалом 2–3 дня) через 2 нед после антипротозойной терапии. К более современным и точным методам контроля относятся определение ДНК лямблий в кале методом полимеразной цепной реакции (через 3 нед после антипротозойной терапии) или определение антигенов лямблий в кале при использовании антител к цельным трофозоидам или моноспецифических антител к антигенам лямблий (через 2 нед после антипротозойной терапии).

Таким образом, проблема гельминтозов и протозоозов на сегодняшний день сохраняет свою актуальность. Широкое распространение гельминтозов и протозоозов требует усиленного внимания к данной проблеме со стороны врачей первого контакта (терапевтов, педиатров, врачей общей практики). Своевременное выявление и как можно быстрое проведение противогельминтной или противопаразитарной терапии позволит сократить число случаев тяжелого течения гельминтозов и протозоозов, а также их осложнений.