

Vol. 2. Issue 3 September 2023

MedUnion



ISSN-2181-3183



ҚАДРЛИ ҲАМКАСБЛАР!

Маълумки, Ўзбекистонда ёшларга оид сиёсатга катта эътибор қаратилмоқда, айниқса, сўнгги йилларда Президентимиз ва ҳукуратимизнинг қатор меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатлари қабул қилиниб, ёшларнинг илм-маърифат эгаллаши, меҳнат фаолияти ва бўш вақтини мазмунли ўтказиши учун кўпгина шарт-шароит яратишга хизмат қилмоқда.

Таклиф этилаётган «**MedUnion**» илмий-амалий журнали ёш олимлар, магистрлар, клиник ординаторлар, докторантлар, мустақил изланувчилар ва талабалар учун профессионал мулоқот майдони бўлиб хизмат қилади. Журнал электрон шаклда нашр этилади, чунки ушбу формат бир қатор афзалликларга эга: нашр этилган материаллар ҳажмига чекловлар олиб ташланади, муаллифдан ўқувчига бўлган йўл сезиларли даражада қисқаради, бу бизнинг динамик замонамизда жуда аҳамиятли, шунингдек ҳаражатлар ҳам анча камайтиради. Ҳар бир мақолага оригинал ДОИ рақами берилади.

Ушбу электрон илмий журналнинг мақсадлари:

- стоматология, умумий клиник, фундаментал фанлар, шунингдек, тиббиётда педагогика ва психология соҳасидаги замонавий тадқиқотларни ёритиш.
- ёш олимларнинг интеграциялашуви ва ушбу фанларнинг илмий ва амалиётчи мутахассислари ўртасидаги яқин ҳамкорлик.
- академик анъаналар давомийлигини сақлаш, илмий-педагогик кадрларни тарбиялаш.

Журналда ўзбек, рус ва инглиз тилларида ёш олимлар диссертацияларининг оригинал эмпирик тадқиқотлари ва умумий илмий-назарий мақолалар чоп этилади. Ишонаманки, ушбу журнал ҳақиқий мунозара майдонига айланади, илмий мулоқотни таъминлашга ёрдам беради, шунингдек, тиббиёт соҳасида янги илмий ва педагогик кадрларни тарбиялашга ўз хиссасини қўшади. Сизни ушбу лойиҳада турли материаллар муаллифи ва шарҳловчи сифатида иштирок этишга таклиф қиламиз.

Бош муҳаррир

Н. Ҳайдаров

УДК 616.37-002-036.12-08

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ ЛЯМБЛИОЗА КИШЕЧНИКА В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Садикова С.И., Джалилова С.Х.

Ташкентская медицинская академия

Ташкент, Узбекистан

РЕЗЮМЕ

Оценено воздействие на микробиоценоз кишечника препарата нифурател у 38 больных с лямблиозной инвазией. Результаты исследования показали высокую клиническую и паразитологическую эффективность препарата проводимого комплексного лечения у больных. У 24 (85,7 %) из 28 пациентов отмечалось saniрующее действие препарата по отношению к представителям условнопатогенной микрофлоры: полностью редуцировались микроорганизмы рода протей, клебсиелла, грибы рода Candida, что свидетельствует об оказании saniрующего эффекта нифуратела в отношении представителей условно-патогенной микрофлоры и не подавляет облигатную флору кишечника.

Ключевые слова: лямблиоз, лямблия, лечение, нифурател, микрофлора, дисбиоз кишечника.

ХУЛОСА

Lyambliozli invaziyaga ega bo'lgan 38 ta bemorlarda nifuratel preparatining mikrobiotsenozga ta'siri baholandi. Tadqiqot natijalari bemorlarda amalga oshirilayotgan kompleks davolash preparatining yuqori klinik va parazitologik samaradorligini ko'rsatdi. 28 bemorning 24 tasi (85,7%) preparatning shartli-patogen mikroflora vakillariga nisbatan sanatsiyali ta'siri qayd etildi: protey mikroorganizmlari, klebsiella, Candida zamburug'larga to'liq sredutsirladi, lekin bunda shartli-patogenli mikroflora vakillariga ta'sir etilmadi.

Kalit so'zlar: lyamblioz, lyambliya, davolash, nifuratel, mikroflora, ichak disbiozi.

ABSTRACT

The effect of nifuratel on intestinal microbiocenosis in 38 patients with giardiasis invasion was assessed. The results of the study showed a high clinical and parasitological efficacy of the drug of the complex treatment in patients. In 24 (85.7%) of 28 patients, a sanitizing effect of the drug was noted in relation to representatives of opportunistic microflora: microorganisms of the genus Proteus, Klebsiella, fungi of the genus Candida were completely reduced, which indicates the provision of a sanitizing effect of nifuratel in relation to representatives of opportunistic microflora and not suppresses obligate intestinal flora.

Key words: giardiasis, lamblia, treatment, nifuratel, microflora, intestinal dysbiosis.

Заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) занимают значительное место в патологии человека. Они

возникают не только в результате нарушения режима питания, попадания в организм бактерий кишечной группы, но в ряде случаев их вызывают

кишечные простейшие. Одним из самых распространенных и часто встречающихся кишечных протозоозов является лямблиоз - заболевание, вызываемое присутствием в полости тонкого кишечника человека паразитических жгутиконосцев рода *Lambliа* - *Lambliaintestinalis* (*Giardialambliа*).

Лямблиоз остается актуальной проблемой здравоохранения многих стран мира. По данным экспертов ВОЗ, ежегодно лямблиозом заражается около 200 млн человек, из них клинически заболевание проявляется у 500 тыс. человек (0,25 %). Пораженность взрослого населения, выявленная при массовых обследованиях, составляет в среднем 2 %, а у детей достигает 7-15 % (США - 10–20 %, Италия - 5,2 %, Франция - 5,8 %, Польша - 8 %, Бразилия - 18 %) [Swartz I.].

Заражение происходит только перорально, при проглатывании зрелых инвазионных цист (заражающая доза – 10 -100 цист); механизм передачи – фекально-оральный, пути распространения возбудителя - контактный, пищевой, водный. Источником инвазии служат человек или животные, однако ведущая роль принадлежит человеку [ВОЗ. Доклад комитета экспертов]. Согласно определению Всемирной Организации Здравоохранения (1988) под лямблиозом подразумевается любой случай инвазии лямблиями, как клинически явный, так и бессимптомный. (Бандурина Т.Ю.)

Всем известно, что лямблиоз вызывается простейшим организмом, подробно описанным в 1859 г. Д.Ф. Лямблем и именуемым в нашей стране лямблией (*Labliaintestinalis*), хотя за

рубежом чаще используется термин гiardиа (*Giardialambliа*, *Giardiintestinalis*), а заболевание называется гiardиазом. В настоящее время, кроме *L. intestinalis*, выделяют также *L. muris* и *L. agilis*, а среди *L. intestinalis* выделяют по меньшей мере 7 подтипов. Основная зона обитания лямблей в организме человека – проксимальные отделы тонкой кишки. Ранее предполагаемое обитание лямблей в желчевыводящих путях в настоящее время признается невозможным. Фиксируясь на поверхности энтероцитов, они получают питательные вещества, находящиеся в просвете кишки, на поверхности клеток, к которым прикрепляются, и даже из пространства между микроворсинками щеточной каймы. При этом избыток углеводов в пище, потребляемой хозяином, стимулирует рост лямблей, а преобладание белков – несколько тормозит, причем голодание также несколько снижает численность популяции лямблей в кишечнике.

В результате выраженной лямблиозной инвазии происходит тяжелое нарушение нутритивного статуса больного, нарушение кишечного всасывания, нарушение процессов переваривания, состояния микробиоценоза ЖКТ. Действие токсинов приводит также к нарушению барьерных функций и повышению проницаемости кишечной стенки, в результате чего в организм поступают токсичные вещества из просвета кишки, обуславливая выраженное воздействие на центральную нервную систему, а также крупномолекулярные соединения, способные индуцировать иммунологические реакции. Таким образом, развивается интоксикация и

создается благоприятный фон для аллергических состояний.

В связи с особенностью жизненного цикла лямблий, путей передачи лямблиозной инвазии и высокой стойкостью цист в окружающей среде для лямблиоза характерны эпидемические вспышки, порой значительные, в связи с массивным заражением питьевой воды или продуктов питания, а также внутрисемейное заражение паразитом.

Не вызывает никакого сомнения тот факт, что наиболее эффективной является этиотропная терапия производными нитроимидазола, фуразолидон, но в связи последние годы появлением большого количество штаммов паразитов, устойчивых к длительно применявшимся ранее препаратам диктует необходимость поиска новых методов патогенетической терапии [16].

При выборе препарата для лечения лямблиоза необходимо учитывать не только его противолямблиозную активность, но и безопасность и хорошую переносимость. Полностью отвечает этим требованиям производное нитрофурана - вольфуран, действующим веществом которого является нифурател (ООО «MU LIN SEN»). Препарат обладает выраженным антибактериальным, противопротозойным и противогрибковым действием при низкой токсичности. Механизм действия нифуратела заключается в блокировании ряда энзимных цепочек и ингибировании синтеза белка в рибосомах на самых ранних этапах трансляции, что препятствует появлению устойчивых штаммов микроорганизмов и развитию перекрестной резистентности к

антибиотикам. Поэтому препарат применяется для не только при лямблиозах, но и терапии острых кишечных инфекций бактериальной этиологии, амебиаза, инфекций мочеполового тракта, эрадикации *Helicobacter pylori* [7].

Цель работы: исследование эффективности препарата нифуратела при лечении лямблиоза кишечника и его действие на микробиоценоз кишечника при лямблиозной инвазии.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 38 больных с кишечным лямблиозом, из них 18 (47,4 %) мужчин и 20 (52,6 %) женщин в возрасте от 20 до 35 лет. В основную группу вошли больные, у которых в пробах фекалий обнаруживались цисты, трофозоиты и/или антиген *L.intestinalis*, на момент исследования отсутствовали сопутствующие паразитарные инвазии. Всем больным было произведено обследование, которые включали паразитологические методы исследования (исследование фекалий на наличие простейших, яиц и личинок методами формалинэфирного обогащения, Бермана и липкой ленты), микробиологические исследования фекалий (с помощью стандартной методики Р.В. Эпштейна - Литвак, Ф. Вильшанской с определением КОЕ в 1 г фекалий в пересчете на десятичный логарифм).

Лечение больных проводили вольфураном - таблетки по 200 мг, в течение 7-10 дней в дозе по 2 таблетки 2 приема в сутки. Всем с хронической формой лямблиоза была назначена общепринятая терапия: диета № 5, ферменты, желчегонные и седативные средства, комплекс витаминов, физиотерапевтические процедуры.

Эффективность проводимой терапии оценивали со 2го дня приема препарата по результатам паразитологического (обнаружение цист лямблий) методов исследования проб фекалий. В конце лечения (на 7-й или 10-й день с момента приема препарата) проводили оперативный контроль за состоянием кишечной микрофлоры и определяли уровень секреторного IgA в образцах фекалий.

Контрольное обследование проводили через 2 недели после окончания лечения с оценкой клинической эффективности, элиминации паразитов (наличие цист в пробах фекалий), а также микробиологического статуса больных. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью приложения MS Excel. Для оценки достоверности результатов применялся t-критерий Стьюдента. Изменения считали достоверными при $P < 0,05$.

Результаты исследования. В ходе обследования диагноз лямблиозной инвазии был установлен у всех 38 (100 %) больных на основании выявления антигена лямблий в пробах фекалий и обнаружения их цист в кале у 33 (86,8 %) пациентов.

У 18 (47,4 %) больных диагностирована бессимптомная форма лямблиоза. Клинические проявления заболевания у них отсутствовали, лямблиозная инвазия обнаружена случайно, при диспансерном обследовании.

У 20 (52,6 %) больных лямблиоз кишечника диагностирован в связи с предъявляемыми жалобами и клиническими симптомами: абдоминальные боли в околопупочной области, тошнота и рвота по утрам, метеоризм, склонность к запорам. У 15 пациентов отмечались неврологические

расстройства: частые головные боли, общая слабость, повышенная утомляемость, нарушение сна. У всех больных было сопутствующее поражение органов желудочно-кишечного тракта (ДЖВП, гастродуоденит, реактивный панкреатит), 11 человек имели хронические субклинически протекающие заболевания носоглотки (тонзиллиты, синуситы, аденоидиты). В этой группе отмечалась высокая заболеваемость острыми респираторными инфекциями (6–10 раз в год).

Микробиологическое исследование фекалий выявило дисбиотические изменения у всех пациентов с лямблиозной инвазией. Снижение количества кишечной палочки с нормальной ферментативной активностью и бифидобактерий до Ig6, лактобацилл до Ig5 сопровождалось повышением уровня эшерихий с измененной ферментативной активностью у 12 (31,6 %), высевом микроорганизмов рода клебсиелла - у 5 (13,2 %), энтеробактера - у 10 (26,3 %), протей - у 9 (23,7 %), грибов рода Candida - у 5 (13,2 %) больных.

На фоне проводимого комплексного лечения у больных отмечались положительная динамика основного заболевания: к 5му дню купировались болевой и диспепсический синдромы. Контрольные анализы проб фекалий на присутствие цист лямблий и/или специфического антигена, проведенные через 2 нед. после приема препарата, у всех больных были отрицательными.

Также было выявлено положительное влияние вольфурана на состояние биоценоза кишечника у больных. У 24 (85,7 %) из 28 пациентов отмечалось saniрующее действие

препарата по отношению к представителям условно патогенной микрофлоры: полностью редуцировались микроорганизмы рода протей, клебсиелла, грибы рода *Candida*. У 4 больных снизилось количество эшерихий с измененными свойствами и микроорганизмов рода энтеробактерий. Нормализация количественного содержания бифидобактерий и лактобацилл отмечалась у 15 (39,5 %) из 38 больных.

Существенным моментом в оценке эффективности вольфурана при лечении лямблиоза в нашем исследовании являлась его хорошая переносимость. В течение всего курса лечения побочные или нежелательные реакции в виде абдоминальной боли,

возникающие на 3-й день приема препарата были отмечены нами всего у 1 (2,6 %) больного.

Выводы:

1. Эффективность нифуратела (вольфурана) при лечении лямблиоза у больных по результатам исследований достигает до 100 %.

2. Нифурател (вольфуран) не подавляет облигатную флору кишечника и в большинстве случаев оказывает saniрующий эффект по отношению к представителям условно патогенной микрофлоры.

3. Вольфуран можно считать препаратом выбора для лечения лямблиоза у детей в связи с его высокой эффективностью и хорошей переносимостью.

Литература / References

1. Swartz I., Morton N. Intestinal Protozoan Infections // Scientific American Medicine. — 1994.
2. Авдюхина Т.И., Константинова Т.Н., Кучеря Т.В. и др. Лямблиоз. Учебное пособие. — М.: РМАПО, 2003. — 32.
3. ВОЗ. Доклад комитета экспертов. Профилактика кишечных паразитарных инвазий и борьба с ними // Сер.техн. докл. — 1988. — 90.
4. Соловьев М.М. Строение и биология лямблий и их взаимоотношения с организмом хозяина: Автореф. дис... дра биол. наук. — М., 1973. — 389.
5. WHO Expert Committee. Intestinal protozoan and helminthic infections // WHO Tech. Rep. Ser. — 1981. — 58. — 66671.
6. РайнитеАудинене А.Б. Основные клинические синдромы и функциональное состояние печени при лямблиозе у детей: Автореф. дис... канд. мед.наук. — 1969. — 518.

7. Wolfe M.S. Clinical symptoms and diagnosis by traditional methods // Giardiasis / Ed. by E.A. Meyer. — Amsterdam: Elsevier, 1990. — 17585.
8. Куимова И.В. Клиникопатогенетические аспекты патологии органов пищеварения и аллергодерматозов у детей с лямблиозной инвазией: Автореф. дис... дра мед.наук. — 2003. — 521.
9. Стебенева С.А., Лизько Н.Н., Виха Г.В. Секреторный иммуноглобулин А — показатель нарушений микрофлоры желудочно-кишечного тракта // Биотехнология. — 1998. — 2. — 857.
10. Hiatt R.A., Markell E.K., Ng E. How many stool examinations are necessary to detect pathogenic intestinal protozoa? // Am. J. Trop. Med. Hyg. — 1995. — 53. — 369.
11. Thompson R.C.A., Reynoldson J.A., Mendis A.H. Giardia and giardiasis // Adv. Parasitol. — 1993. — 32. — 71160

12. Aldeen W.E., Carroll K., Robison A., Morrison M., Hale D. Comparison of nine commercially available enzymelinkedimmunosorbent assays for the detection of Giardia lamblia in fecal specimens // Clin. Microbiol. — 1998. — 36. — 133840.
13. Конаныхина С.Ю., Сердюк О.А., Степанова И.И. Моноклональные антитела к антигену лямблий для копродиагностикилямблиоза // Вопросы современной педиатрии. — 2005. — 4, прил. 1. — 648.
14. RosalesBorjas D.M., DiazRivadeneira J., DonaLeyva S.A. et al. Secretory immune response to membrane antigens during Giardia lamblia infection in humans // Infect. Immun. — 1998. — 66. — 7569.
15. Zaat J.O., Mank T.G., Assendelft W.J. A systematic review on the treatment of giardiasis // Trop. Med. Int. Health. — 1997. — 2. — 6382.
16. Upcroft P. Drug resistance in Giardia: clinical versus laboratory isolates // Drug. Resist. Updates. — 1998. — 1. — 1668.
17. Регистр лекарственных средств России. — 2005. — 527.