



Н.Б. Губергриц¹, Е.Ю. Плотникова²,
С.В. Налетов¹, А.Н. Агибалов¹,
Г.М. Лукашевич¹

¹ Донецкий национальный медицинский университет имени Максима Горького, Украина

² Кемеровская государственная медицинская академия МЗ и СР РФ, Россия

Лямблиоз и его сочетание с хеликобактериозом: обзор литературы и собственные данные

Ключевые слова

Лямблиоз, *Helicobacter pylori*, дуоденальная язва, эрадикационная терапия, «Секнидокс».

Согласно «Информации ВОЗ 1988 г.» лямблиозом следует считать любой случай инвазии лямблиями: как с клиническими проявлениями, так и без них [3, 7]. Согласно МКБ-10 лямблиоз имеет код А07.1.

Возбудитель лямблиоза был описан в 1859 г. профессором Харьковского университета Д.Ф. Лямблем. В Западной Европе лямблиоз первым описал Альфред Жиард (1846–1908). Как справедливо отмечают Е.Ю. Плотникова с соавт., нетрудно подсчитать, что А. Жиарду в год описания паразита Д.Ф. Лямблем было всего 13 лет. Компромисса удалось достичь, присвоив роду этой протозойной инфекции имя *Giardia*, а виду — *Lambliа (Giardia Lambli)*, хотя в литературе чаще встречается название *Lambliа intestinalis* [7].

По данным ВОЗ, лямблиоз относится к паразитарным заболеваниям, которые имеют важное значение для здравоохранения. Лямблиозом болеет до 20 % всего населения Земного шара. Заболеваемость в различных странах составляет от 0,5 до 18,0 %. По данным ВОЗ, в странах Азии, Африки и Латинской Америки ежегодно лямблиозом заражаются около 200 млн человек, а клинически манифестные формы заболевания наблюдаются у 500 тыс. пациентов. Лямблиоз распространен также в США — 7,4 %, Норвегии — 3,3 %, России — 12,0–35,0 %. Среди европейских городов эндемичными по лямблиозу являются Санкт-Петербург и Цюрих. В сети Интернет в тематических публикациях, учитывая большую распространенность лямблиоза, Санкт-Петербург называют *Giardia-City*. Рас-

пространенность лямблиоза среди детей в 5–6 раз выше, чем у взрослых. Частота лямблиоза у детей — 60–80 %, а у детей, которые посещают детские учреждения, — 100 %. Частота обнаружения лямблий у взрослых составляет в среднем 10–12 % [1, 5].

В Украине ежегодно регистрируют до 30–40 тыс. случаев лямблиоза, из них 65 % — у детей [7].

В организме человека и животных лямблии имеют две формы существования: вегетативную (трофозоиты) и в виде спор (цисты). Трофозоиты находятся преимущественно в верхних отделах тонкой кишки, а при попадании в толстую кишку превращаются в цисты, которые с испражнениями выделяются во внешнюю среду. В сутки от больного с каловыми массами выделяется до 900 млн. цист лямблий (заражающая доза — 10–100 цист). Цисты лямблий устойчивы во внешней среде. Во влажных условиях, в тени они сохраняют свою жизнедеятельность до 70 дней, а в водоемах — до нескольких месяцев. При комнатной температуре и недостатке влаги цисты лямблий жизнеспособны 4–5 дней, в почве — до 9–12 дней. Они сохраняют свои свойства после замораживания и нагревания до 50 градусов. Вегетативные формы эпидемиологического значения не имеют в силу неустойчивости во внешней среде [7].

Пути заражения лямблиозом: водный, контактно-бытовой и пищевой. Основной путь — водный (при употреблении воды из открытых водоемов или плохо очищенной водопроводной воды, купании в водоемах и бассейнах, зараженных

ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ

цистами лямблий). Контактно-бытовой путь — это заражение через белье, игрушки, посуду и др., загрязненные цистами лямблий. Этот же путь характерен для детей, имеющих вредные привычки (сосание пальцев, карандашей, ручек, кусание ногтей и т. д.). При этом заражение происходит во всех случаях. Пищевой путь реализуется при употреблении пищевых продуктов, инфицированных цистами лямблий [3, 5, 7].

Жизненный цикл лямблий от попадания цист в рот до выделения во внешнюю среду представлен на рис. 1.

Лямблии паразитируют преимущественно в начальных отделах тонкой кишки на щеточной каемке микроворсинок, то есть в той области, где происходят интенсивные процессы гидролиза пищевых веществ и всасывания нутриентов (рис. 2). На 1 см² слизистой оболочки может паразитировать около 1 млн лямблий. Паразитирование лямблий в тонкой кишке сопровождается следующими патологическими эффектами [3, 5, 7]:

- повреждение структуры микроворсинок тонкой кишки, воспаление в результате цитопатического действия продуктов жизнедеятельности паразита;
- субатрофия и атрофия слизистой оболочки тонкой кишки, что приводит к мальабсорбции;
- поглощение лямблиями пищевых веществ в зоне кишечного пищеварения с помощью центральной пары жгутиков, что также способствует формированию синдрома мальабсорбции;
- механическое блокирование всасывающей поверхности ворсинок тонкой кишки, что также способствует формированию синдрома мальабсорбции;
- раздражение нервных окончаний стенки кишки, разрушение гликокаликса, что приводит к нарушению моторики тонкой кишки;
- нарушение связывания желчных кислот также имеет следствием нарушение моторики тонкой кишки, кожный зуд, дисфункцию желчевыводящих путей, поджелудочной железы (ПЖ);
- снижение синтеза секреторного иммуноглобулина А приводит к хронизации воспалительных процессов в желудочно-кишечном тракте и формированию синдрома избыточного бактериального роста;
- эндогенная интоксикация;
- вторичный иммунодефицит;
- аллергизация.

В большинстве случаев лямблиоз протекает субклинически (условное лямблиозоносительство). Кроме того, возможен лямблиоз как сопутствующее заболевание, когда его клиника «затмевается» проявлениями основной патологии. В случае массивной инвазии развивается выра-

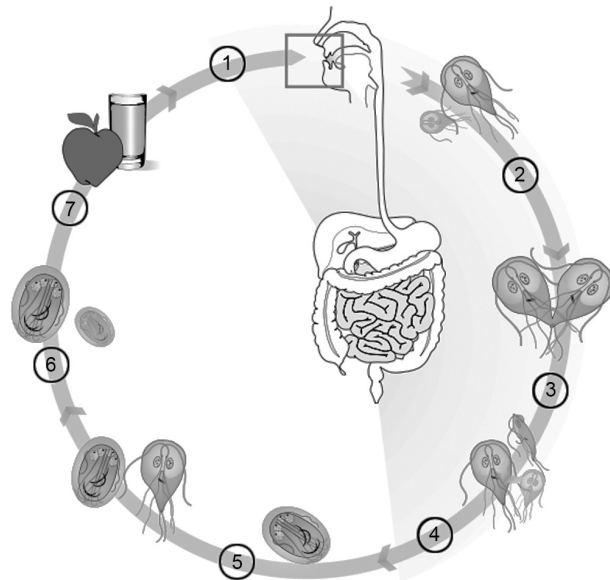


Рис. 1. **Жизненный цикл лямблий:**

1. Цисты лямблий попадают в организм хозяина с пищей или водой.
2. Цисты лямблий доходят до двенадцатиперстной кишки, где из каждой цисты образуется два трофозоида.
3. В двенадцатиперстной и тощей кишках происходит размножение лямблий. Симптомы заражения проявляются не у всех носителей.
4. При прохождении через толстую кишку происходит превращение в цисты.
5. Цисты и трофозоиды лямблий выходят из организма хозяина с фекалиями.
6. Вне организма хозяина выживают только цисты.
7. Цисты лямблий могут выживать в холодной воде от нескольких недель до нескольких месяцев.



Рис. 2. **Лямблии на щеточной кайме тонкого кишечника**

женная клиническая картина, которая имеет острое или хроническое течение. Клинические проявления чаще развиваются у детей, особенно при изменениях в гуморальном иммунитете, дефиците секреторного IgA [1, 3, 7].

В клинической картине выделяют проявления со стороны пищеварительного тракта (диарея, метеоризм, боли в животе, тошнота, рвота, снижение аппетита), гепатобилиарные (дисфункция желчевыводящих путей), невротические (слабость, раздражительность, плаксивость, быстрая утомляемость, нарушение сна, головная боль, боль в предсердечной области, головокружение), аллергические (аллергодерматозы, риниты и др.) проявления, трофологическую недостаточность (похудание, анемия и др.) [1, 5, 7]. Благодаря выраженным невротическим проявлениям Д.Ф. Лямбль назвал лямблию «паразитом тоски и печали».

В настоящее время не подтверждается положение о возможности развития лямблиозного холецистита, так как концентрированная желчь оказывает выраженное бактерицидное действие. Кроме того, содержимое желчевыводящих путей не имеет питательных веществ. В связи с этим не доказана возможность прямого повреждающего действия лямблий на желчные пути и печень. Гепатобилиарные проявления обусловлены дисфункцией желчного пузыря и билиарных сфинктеров, холестазом [2].

В последние годы доказано отчетливое патогенное влияние лямблий на ПЖ. Лямблии могут оказывать прямое панкреотоксическое действие, проникая в паренхиму железы и вызывая развитие псевдотуморозного панкреатита [17]. Так, J.E. Carter и соавт. [16] описали клинический случай псевдотуморозного панкреатита у мужчины 59 лет, который поступил в клинику с жалобами на боли в животе и потерю массы тела. При обследовании выявлено опухолевидное образование в головке ПЖ. В связи с подозрением на злокачественную опухоль проведена тонкоигльная биопсия ПЖ под контролем эндоскопической сонографии. Гистологически атипичные клетки не выявлены, но обнаружены *G. lamblia*. Возможно развитие даже тяжелых осложненных панкреатитов у больных с лямблиозом. Опубликованы наблюдения ассоциации лямблиоза с кальцинозом ПЖ [23].

Развитие внешнесекреторной недостаточности ПЖ при лямблиозе описано и в других исследованиях по результатам прямых и непрямых тестов оценки внешнесекреторной функции ПЖ [2, 9]. Показана возможность значительного снижения продукции протео-, амило- и липолитических ферментов ПЖ, причем после излече-

ния от лямблиоза внешняя панкреатическая секреция нормализовалась. Лямблии способны снижать активность трипсина *in vitro*, в частности, при инкубации живых лямблий с трипсином активность фермента снижалась, тогда как при инкубации инактивированных лямблий или трихомонад с трипсином его инактивации не происходило [21]. Получены аналогичные данные относительно способности лямблий снижать активность панкреатической липазы [18]. Механизмы влияния лямблий на панкреатическую секрецию не до конца ясны и требуют дальнейшего изучения, однако уже сейчас понятно, что лямблии способны поражать ПЖ прямо, через развитие билиарной и дуоденальной патологии. Они способствуют снижению внешнесекреторной функции ПЖ, а также снижают эффективность заместительной ферментной терапии при хроническом панкреатите [13].

На объединенной встрече Американского и Японского обществ панкреатологов (Гонолулу, 2009) обратили на себя внимание доклады о двух клинических наблюдениях М. Furukawa и соавт. (Япония) и А. Kigita и соавт. (Япония). Были представлены случаи ассоциации рака ПЖ с лямблиозом [15, 22]. Эти случаи еще раз заставляют задуматься, таким ли уж безобидным заболеванием является лямблиоз. Вероятно, своевременная диагностика и лечение имеют принципиальное значение.

Со стороны сердечно-сосудистой системы возможна не только длительная ноющая боль в предсердечной области, но и экстрасистолическая аритмия (вероятно, рефлекторного происхождения), гипертензия [3]. Возможны разнообразные проявления лямблиоза со стороны других органов и систем — вне органов пищеварения (артралгия, поражение глаз и др.).

Единой классификации лямблиоза не существует. В России предложена классификация В.П. Новиковой и соавт. [8].

По длительности инвазии:

1. Острый (до 1 мес).
2. Подострый (от 1 до 3 мес).
3. Хронический (более 3 мес).

По кратности инвазирования:

1. Впервые выявленный.
2. Повторный.

Периоды течения:

1. Инкубационный.
2. Клинических проявлений.
3. Реконвалесценции.
4. Хронизации.

ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ

По преобладанию в клинической картине:

1. Как основное заболевание.
2. Как сопутствующее заболевание (в том числе микст-инфекция).

По степени тяжести:

1. Легкая.
2. Среднетяжелая.
3. Тяжелая.

По клиническим проявлениям:

I. Типичные формы.

1. Вариант с преимущественным поражением пищеварительной системы.

1.1. Интестинальная форма — в виде дуоденита и энтерита:

1.1.1. Болевая; диспептическая, в том числе дуоденогастральный рефлюкс, функциональное расстройство желудка, синдром раздраженной кишки; диарейная; мальабсорбционная.

1.2. Экстраинтестинальная форма:

1.2.1. С билиарными дисфункциями (в том числе по панкреатическому типу) и органическим поражением гепато-панкреато-билиарной системы (холецистит, панкреатит).

1.2.2. Гастритическая форма.

2. Вариант с преимущественным поражением других органов и систем.

2.1. С интоксикационно-аллергическими и кожными проявлениями.

2.2. С астеноневротическим синдромом:

2.2.1. Астеновегетативные нарушения.

2.2.2. Нейроциркуляторная дистония (по гипо- или гипертоническому типу).

2.3. С анемическим синдромом.

3. Смешанный вариант.

II. Атипичные формы.

1. Лямблионосительство:

1.1. Здоровое (транзиторное).

1.2. Реконвалесцентное.

2. Со стертыми клиническими проявлениями (синонимы: субклинический, стертый лямблиоз).

По характеру течения:

1. Гладкое.

2. Негладкое:

2.1. С осложнениями (ранние и поздние) (крапивница, отек Квинке, офтальмологические нарушения, артриты, гипокалиемическая миопатия).

2.2. С рецидивами.

2.3. С микст-инфекцией.

В случае преобладания в клинической картине лямблиозного дуоденита классификация его

проводится с учетом известных классификаций и критериев:

1. Преимущественная локализация.

2. Эндоскопические формы.

3. Морфологическая активность течения и обострения.

4. Выраженность патологических изменений в слизистой оболочке дуоденума.

Примеры формулировки диагноза:

1. Лямблиоз острый, впервые выявленный, с преимущественным поражением пищеварительной системы, типичная форма (хронический эрозивный бульбит первой степени выраженности, умеренной степени активности) с преобладанием диареи, среднетяжелое течение (ПЦР от 9.08.2011 г.).

2. Лямблиоз подострый, повторный, субклинический, смешанный, мальабсорбционная форма с белково-калорийной недостаточностью 2 ст. и астеноневротическими нарушениями (цисты лямблий от 5.06.2011 г. и 22.08.2011 г.).

3. Лямблиоз, бессимптомное носительство (цисты лямблий от 12.09.2011 г.); криптоспоридиоз (от 15.09.2011 г.).

Когда же нужно обследовать больных на лямблиоз? Показаниями к обследованию на лямблиоз являются:

- диарея неустановленной этиологии;
- хронические заболевания желудочно-кишечного тракта;
- упорная тошнота без других клинических симптомов;
- дисбиоз кишечника;
- нейроциркуляторная дисфункция, особенно в сочетании с желудочно-кишечными нарушениями;
- гипотрофия;
- угнетенное настроение, депрессия, особенно в сочетании с желудочно-кишечными нарушениями;
- отставание в физическом развитии;
- дерматиты, крапивницы, экземы, нейродерматиты;
- иммунодефицитные состояния;
- хроническое обструкционное заболевание легких, бронхиальная астма;
- аллергия неустановленной этиологии, стойкая эозинофилия в крови;
- длительный субфебрилитет неясной этиологии;
- контакт с больным (паразитоносителем) лямблиозом.

При проведении лабораторной диагностики следует учитывать, что выделяют две фазы в отношении возможности выявления цист лямблий в кале: позитивную, когда имеет место выделение

простейших в большом количестве, и негативную, когда выделение лямблий отсутствует [3, 7].

Наиболее доступным методом диагностики лямблиоза является копрологическое исследование. Для повышения информативности этого метода необходимо соблюдать ряд правил [7]:

- образцы стула для исследования на лямблиоз должны быть доставлены в лабораторию в течение одного часа после забора;
- для забора используют жидкие фракции фекалий из последней порции, собранные из 5–7 мест;
- применение консервирования в течение нескольких дней отдельных порций жидких фекалий в стеклянной посуде с 10 % раствором формалина или поливинилгликоля;
- окраска мазка фекалий раствором Люголя или трихромоген-токсила железа;
- кроме фекалий, желателен анализ дуоденального содержимого (порции А и В), так как возможно обнаружение лямблий в дуоденальном содержимом.

В нашей практике мы используем исследование кала по Сафаралиеву.

Серологическую диагностику лямблиоза проводят с помощью иммуноферментного анализа (ИФА). Специфические антитела обнаруживают в крови через 2–4 нед после заражения, они могут сохраняться еще в течение 4–6 нед после излечения от лямблиоза. Для выявления поверхностных антигенов лямблий с помощью специфических антител применяют иммунологические методы [3, 7]. Материалом для проведения ИФА служат кал или биоптаты слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки.

Современным методом лабораторной диагностики лямблиоза является выявление антигена паразита в кале или слизистой оболочке двенадцатиперстной кишки (в биоптатах). Лямблии при размножении в кишечнике выделяют специфический антиген GSA-65, который можно выделить в мазке кала методом моноклональных антител. Копроантиген выявляется тест-системой как в «немые периоды» (когда численность паразитов в кишечнике ниже порога чувствительности паразитологического метода), так и в прелатентный период. Это обеспечивает раннюю диагностику лямблиоза и снижает долю ложноотрицательных результатов. Аналитическая чувствительность составляет $5,0 \cdot 10^3$ для цист и $2,5 \cdot 10^4$ для трофозоитов на 1 мл суспензии кала. После удаления паразита антиген GSA-65 исчезает в течение 2 нед. Эффективность метода высокая: чувствительность — 96 %, а специфичность — 100 % [4, 7].

Данные литературы свидетельствуют о возможности сочетания лямблиоза и хеликобакте-

риоза, особенно у больных с дуоденальной локализацией пептической язвы. Лямблиоз вместе с повышенной кислотно-пептической агрессией желудочного сока и хеликобактериозом относится к факторам риска язвенной болезни двенадцатиперстной кишки [9]. У 15,4 % таких пациентов имеет место сочетание хеликобактериоза и лямблиоза. Подобное сочетание двух инфекций объясняется не только их частотой, но и снижением местного иммунитета при лямблиозе, что способствует колонизации верхних отделов пищеварительного тракта *Helicobacter pylori* [5].

При лечении лямблиоза следует обратить внимание на рекомендации по питанию. При выраженных клинических проявлениях детям назначают безлактозную или аглютенную диету на 3–4 мес. Из рациона исключают молоко или заменяют его соевым. Рекомендуются кислые напитки (клюквенный морс, нежирный кефир, компот из сухофруктов). Назначают нежирное вареное мясо, овощные гарниры, салаты, заправленные подсолнечным маслом [3].

Для этиотропного лечения препаратами выбора являются 5-нитроимидазолы. Недавно исполнилось 50 лет с момента синтеза метронидазола — первого представителя 5-нитроимидазолов, занимающих важное место в работе практического врача. 5-нитроимидазолы — синтетические низкомолекулярные соединения с нитрогруппой в положении 5-го имидазольного цикла, проявляющие свое антимикробное действие после трансформации в клетках бактерий или простейших. Эти препараты относятся к ДНК-тропным соединениям с избирательной активностью к микроорганизмам, имеющим ферментные системы — нитроредуктазы. Под действием нитроредуктазы в клетке образуются активные метаболиты 5-нитроимидазола, обладающие бактерицидным и антипротозойным действием. Последнее связано как с нарушением репликации ДНК и синтеза белка в микробной клетке, так и с образованием свободных радикалов и цитотоксических продуктов метаболизма. Клиническое использование нитроимидазолов обусловлено их спектром действия, распространяющимся на облигатные и факультативные анаэробные бактерии, а также простейшие. Из факультативных анаэробов (микроаэрофилов) нитроимидазолы обладают высокой активностью к *Gardnerella vaginalis* и *Helicobacter pylori*. Среди возбудителей протозойных инфекций к нитроимидазолам чувствительны *Trichomonas spp.*, *Trichomonas vaginalis*, *Entamoeba histolytica*, *Lambliia intestinalis*, *Balantidium coli*, а также некоторые штаммы *Leishmania spp.* Нитроимидазолы характеризуются высокой биодоступностью (80–100 %) и

ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ

быстрым всасыванием при пероральном приеме. Незначительно связываясь с белками плазмы (на 10–20 %), они обладают оптимальным распределением в организме, хорошо проникают в его жидкости и ткани, где обеспечивают высокие концентрации (70–94 %). Данные свойства позволяют успешно использовать их орально для достижения системного действия на уровне всего организма пациента. Внутривенное введение нитроимидазолов требуется только при тяжелых формах анаэробной или смешанной аэробно-анаэробной инфекции, включая инфекции центральной нервной системы и внекишечный амебиаз. Нитроимидазолы метаболизируются в печени, но выводятся в основном почками. В связи с этим при их практическом использовании рекомендуется снижать дозировку при нарушениях метаболической функции печени, почечной недостаточности, а также у лиц пожилого возраста [6].

В настоящее время в группу 5-нитроимидазолов входят метронидазол, тинидазол, орнидазол, секнидазол, ниморазол, тернидазол, сатранидазол и некоторые другие. Препараты мало отличаются по спектру действия и степени активности. Различие состоит в основном в фармакокинетических свойствах (например, секнидазол, сатранидазол — по длительности действия) и по показаниям к применению, главным образом при протозойных инфекциях (трихомониаз) [6].

Мы решили изучить эффективность секнидазола («Секнидокс»), который относится к последнему поколению этой группы препаратов. Особенностью секнидазола является большая длительность периода полувыведения — 20–25 ч (у метронидазола — 6–8 ч), что позволяет назначать препарат 1–2 раза в сутки. Секнидазол обладает высокой степенью абсорбции, его биодоступность составляет 80 %. После однократного приема внутрь 2 г максимальная концентрация достигается через 4 ч. Метаболизируется в печени, выводится почками (в течение 72 ч — 16 % от принятой дозы); выделяется с грудным молоком, проникает через плацентарный барьер; несовместим с алкоголем, так как ингибирует фермент альдегид-дегидрогеназу [6].

Секнидазол высокоэффективен в лечении инфекций, вызванных простейшими, в том числе при лямблиозе. При сравнении эффективности мебендазола (200 мг 3 раза в сутки в течение 3 дней) и секнидазола (30 мг/кг массы тела однократно) у детей с лямблиозом оказалось, что секнидазол эффективнее (79,4 по сравнению с 78,1 %) [1]. Однократный прием секнидазола в дозе 20 мг/кг способствовал излечению от лямблиоза 98 % детей [14]. Авторы отмечают, что по-

бочные эффекты наблюдались редко, имели умеренную интенсивность, длились всего несколько часов.

D. Kumaг и соавт. обследовали 64 больных с дуоденальной язвой, ассоциированной с *Helicobacter pylori*. Пациенты были рандомизированы на группы в зависимости от схемы лечения: лансопризол + кларитромицин + секнидазол (1 неделя) или лансопризол + амоксициллин + коллоидный висмут + секнидазол (1 неделя). Частота заживления язв составила 97 и 91 % соответственно, а частота эрадикации *Helicobacter pylori* оказалась сходной в обеих группах (75 %) [20].

V. Аhуја и соавт. проанализировали результаты лечения 60 больных с дуоденальной язвой, вызванной хеликобактерной инфекцией. Пациенты были рандомизированы на группы: лансопризол + амоксициллин + секнидазол (2 нед) или лансопризол + кларитромицин + секнидазол (1 нед), или лансопризол + пefлоксацин + секнидазол (2 нед). Частота успешной эрадикации *Helicobacter pylori* составила соответственно 86; 83 и 71 %. Общая частота заживления язв — 90 % [19].

Некоторые авторы считают целесообразным применение секнидазола в схемах эрадикации второй линии при неэффективности первой линии [12].

Мы провели собственное исследование для оценки результатов терапии «Секнидоксом».

Цель исследования — оценить эффективность «Секнидокса» в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у больных, инфицированных *Helicobacter pylori* и *Lambliа intestinalis*.

Материалы и методы

Обследованы 328 больных с пептической язвой дуоденальной локализации. При тщательном исследовании на хеликобактериоз и лямблиоз выявлены 60 (18,3 %) больных с сочетанием двух инфекций: *Helicobacter pylori* и *Lambliа intestinalis*. Эти больные были распределены на две группы: основная — 32 больных, которые в схеме антихеликобактерной терапии получали «Секнидокс» в дозе 1 г в сутки однократно + омепразол (20 мг 2 раза в сутки) + кларитромицин (500 мг 2 раза в сутки) 10 дней; сравнения — 28 больных, которые получали вместо «Секнидокса» метронидазол (500 мг 2 раза в сутки).

Диагностику язвенной болезни, хеликобактериоза и лямблиоза проводили следующим образом (повторное исследование после лечения проводили только больным с двумя инфекциями): выполняли ФГДС до и после лечения (через 4 нед после начала лечения), ¹³C-дыхательный уреазный тест (до и через 4 нед после окончания лечения), копрологическое исследование (по Са-

фаралиеву) на простейшие (до и через 10 дней после окончания лечения), антитела IgM и IgG к лямблиям (до и через 4 нед после лечения).

Результаты

У больных основной группы позитивная динамика клинических проявлений двух заболеваний была более выраженной, чем в группе сравнения. Так, клинические проявления исчезли или значительно уменьшились после проведенной терапии у 31 (96,9 %) больного основной группы и у 25 (89,3 %) — группы сравнения. Эффективность эрадикационной терапии у больных, получавших в схеме лечения «Секнидокс», составила 93,8 %, а у больных, получавших метронидазол, — 82,1 %. Частота заживления язв в основной группе — 96,9 %, в группе сравнения — 92,9 %.

В группе секнидазола излечение от лямблиоза достигнуто в 96,9 % (31 больной) случаев, лишь у 1 (3,1 %) пациента через 4 нед после проведенного лечения определялись цисты лямблий в кале и антитела IgM к лямблиям в крови. В группе сравнения лямблиоз излечен в 89,3 % (25 больных) случаев.

Побочные эффекты терапии наблюдались редко в обеих группах. Так, тошнота имела место с одинаковой частотой (3,1 %) в группах «Секнидокс» и метронидазола. Дискомфорт в эпигастрии наблюдали только у пациентов, получав-

ших метронидазол, с частотой 7,1 %. Кроме того, больные группы сравнения и основной группы отмечали неприятный вкус во рту (7,1 и 3,1 % соответственно).

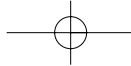
Выводы

Несмотря на то, что результаты сравнения эффективности терапии хеликобактериоза и лямблиоза с включением «Секнидокса» или метронидазола были недостоверны, мы считаем, что «Секнидокс» при сочетанной патологии имеет преимущества. Во-первых, достаточно принимать препарат 1 раз в сутки, что улучшает комплаенс. Во-вторых, при лечении с использованием «Секнидокса» мы выявили тенденцию к более высокой частоте эрадикации *Helicobacter pylori*, заживлению дуоденальных язв, излечению от лямблиоза, к более четкому уменьшению выраженности клинических проявлений сочетанной патологии. В-третьих, при использовании «Секнидокса» несколько реже развивались побочные эффекты терапии. С большой вероятностью можно предположить, что при увеличении количества обследованных больных мы получим достоверные результаты.

Согласно результатам нашего исследования можно уверенно заключить, что «Секнидокс» эффективен в лечении больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, инфицированных *Helicobacter pylori* и *Lambliа intestinalis*.

Список литературы

1. Бабак О.Я. Эффективность и безопасность Мератина при лямблиозе / О.Я. Бабак // Сучасна гастроентерол.— 2007.— № 3.— С. 56—60.
2. Бирг Н.А. Функция поджелудочной железы при лямблиозе / Н.А. Бирг // Казан. мед. журн.— 1963.— № 3.— С. 31—32.
3. Бодня К.І. Сучасні уявлення про епідеміологію і лікування лямбліозу / К.І. Бодня // Сучасна гастроентерол.— 2007.— № 4.— С. 70—72.
4. Залипаева Т.Л. Клинические проявления лямблиозной инфекции у детей / Т.Л. Залипаева // Мед. паразитол. и паразитарные болезни.— 2002.— № 3.— С. 29—32.
5. К вопросу о диагностике и лечении лямблиоза / В.Н. Хвостинка, Л.В. Журавлева, Л.И. Селиванова [и др.] // Ліки України.— 2009.— № 6.— С. 55—58.
6. Клиническая фармакология с элементами клинической биохимии (навчальний посібник) / С.В. Налетов, И.А. Зупанец, Т.Д. Бахтеева [и др.].— Д.: Ноулідж, 2011.— 933 с.
7. Крамарев С.А. Лямблиоз (клиническая лекция) / С.А. Крамарев // Современная педиатр.— 2005.— № 4.— С. 161—164.
8. Лямблиоз: Учебное пособие для врачей / В.П. Новикова, Е.Ю. Калинина, А.М. Шабалов, Е.А. Осмаловская.— СПб: ИнформМед, 2010.— 120 с.
9. Мухіна Л.В. Про зміни функції шлунка, підшлункової залози та печінки у дітей, хворих на лямбліоз біліарних шляхів під впливом лікування фуразолідомом / Л.В. Мухіна // Педиатрія, акушерство та гінекологія.— 1967.— № 2.— С. 25—27.
10. Шабалов Н.П. Лямблиоз у дітей. Епідеміологія, клініка, діагностика, лічення / Н.П. Шабалов, Ю.І. Староверов // Новий мед. журн.— 1998.— № 3.— С. 23—26.
11. A randomized trial comparing mebendazole and secnidazole for the treatment of giardiasis / A.A. Escobedo, R. Canete, M.E. Gonzalez [et al.] // Ann. Trop. Med. Parasitol.— 2003.— Vol. 97, N 5.— P. 499—504.
12. Acquisition of *Helicobacter pylori* infection and reinfection after its eradication are uncommon in Indian adults / M.R. Bapat, P. Abraham, P.V. Bhandarkar [et al.] // Ind. J. Gastroenterol.— 2000.— Vol. 19, N 4.— P. 172—174.
13. Clinical pancreatology for practicing gastroenterologists and surgeons / Ed. J.E. Dominguez-Munoz.— Oxford et al. A Blackwell Publ. Co., 2005.— 535 p.
14. Clinical trial with Secnidazole in a single dose in Venezuelan children infected by *Giardia intestinalis* / M.C. Di Prisco, J.C. Jimenez, N. Rodriguez [et al.] // Invest. Clin.— 2000.— Vol. 41.— P. 179—188.
15. *Giardia Lamblia* infection accompanied with pancreatic cancer diagnosed by endoscopic ultrasound-guided fine-needle aspiration / M. Furukawa, L. Lee, A. Funakoshi [et al.] // Abstracts of Papers Submitted to the Joint 40th Anniversary Meeting of American Pancreatic Association and Japan Pancreas Society, Honolulu (Hawaii), 2009.— Pancreas.— 2009.— Vol. 38, N 8.— P. 997.
16. *Giardia lamblia* infection diagnosed by endoscopic ultrasound-guided fine-needle aspiration / J.E. Carter, J.J. Nelson, M. Eves, C. Boudreaux [et al.] // Diagn. Cytopathol.— 2007.— Vol. 35, N 6.— P. 363—365.



ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ

17. Giardiasis in pancreas / I. Nakano, T. Miyahara, T. Ito [et al.] // Lancet.— 1995.— Vol. 345, N 8948.— P. 524–525.
18. Katelaris P. The effect of Giardia lamblia trophozoites on lipolysis in vitro / P. Katelaris, F. Seow, M. Ngu // Parasitology.— 1991.— Vol. 103, Pt. 1.— P. 35–39.
19. Lancoprazole and secnidazole with clarithromycin, amoxicillin or pefloxacin in the eradication of Helicobacter pylori in a developing country / V. Ahuja, A. Dhar, C. Bal, M.P.Sharma // Aliment. Pharmacol. Ther.— 1998.— Vol. 12, N 6.— P. 551–555.
20. Randomized trial of quadruple-drug regimen and a triple-drug regimen for eradication of Helicobacter pylori: long-term follow-up study / D. Kumar, V. Ahuja, A. Dhar, M.P.Sharma // Ind. J. Gastroenterol.— 2001.— Vol. 20, N 5.— P. 191–194.
21. Seow F. The effect of Giardia lamblia trophozoites on trypsin, chymotrypsin and amylase in vitro / F. Seow, P. Katelaris, M. Ngu // Parasitology.— 1993.— Vol. 106, Pt. 3.— P. 233–238.
22. Small pancreatic cancer with giardiasis: a case report / A. Kurita, H. Maguchi, K. Takahashi [et al.] // Abstracts of Papers Submitted to the Joint 40th Anniversary Meeting of American Pancreatic Association and Japan Pancreas Society, Honolulu (Hawaii), 2009 // Pancreas.— 2009.— Vol. 38, N 8.— P. 1020–1021.
23. Turiaf J. Pancreatic lithiasis associated with intestinal lamblasis / J. Turiaf, P. Blanchon // Rev. Prat.— 1952.— Vol. 2, N 30.— P. 2003–2005.

Н.Б. Губерґріц, К.Ю. Плотникова, С.В. Нальотов, О.М. Агібалов, Г.М. Лукашевич Лямбліоз та його поєднання з гелікобактеріозом: огляд літератури та власні дані

Наведено огляд літератури з етіології, патогенезу, клініки, діагностики та класифікації лямбліозу. Обстежено 60 хворих з дуоденальною пептичною виразкою, інфікованих *Helicobacter pylori* і *Lamblia intestinalis*. Автори порівняли результати лікування з використанням секнідазолу та метронідазолу. У разі включення в схему терапії секнідазолу динаміка клінічних виявів була вираженішою, частота ерадикації *Helicobacter pylori*, одужання від лямбліозу і рубцювання виразок — більшою, рідше розвивалися побічні ефекти терапії.

N.B. Gubergrits, E.Yu. Plotnikova, S.V. Nalyotov, A.N. Agibalov, G.M. Lukashevich Giardiasis and its combination with helicobacteriosis: a literature review and own data

The authors presented an overview of the literature on the etiology, pathogenesis, clinical picture, diagnosis and classification of giardiasis. The investigation has been held on 60 patients with duodenal peptic ulcer infected with combination of *Helicobacter pylori* and *Lamblia intestinalis*. The comparison has been held between the results of treatment with metronidazole and secnidazole. In the case of secnidazole inclusion to the therapeutic scheme the dynamics of clinical manifestations was more intensive, and the rate of *Helicobacter pylori* eradication, ulcers healing and recovery from giardiasis was higher; the incidence of side effects was lower. □

Контактна інформація

Губерґріц Наталія Борисівна, д. мед. н., проф., зав. кафедри внутрішньої медицини ім. проф. О.Я. Губерґріца
83003, м. Донецьк, просп. Ілліча, 16
Тел. (62) 297-00-28

Стаття надійшла до редакції 11 травня 2012 р.

