Современные подходы к диагностике и лечению лямблиоза у детей

6-7 апреля в Одессе состоялась IX ежегодная научно-практическая конференция с международным участием «Новые медицинские технологии в педиатрии и семейной медицине», посвященная памяти академика Бориса Яковлевича Резника. В рамках мероприятия прозвучали доклады, касающиеся профилактики, диагностики и лечения аллергических, иммунологических, наследственных, метаболических нарушений и инфекционных заболеваний у детей, рациональной антибиотикотерапии и фармакотерапии в детском возрасте с позиций доказательной медицины. В работе конференции принимали участие более 600 отечественных педиатров, неонатологов, семейных врачей, а также специалисты из Республики Молдова.

Внимание гостей привлек доклад **доцента кафедры педиатрической гастроэнтерологии и нутрициологии Харьковской медицинской академии последипломного образования, кандидата медицинских наук Екатерины Владимировны Савицкой**, освещавшей подходы к лечению лямблиоза у детей.

– Лямблиоз – широко распространенная во всех странах мира и во всех возрастных группах протозойная инфекция. В последние годы отмечается рост заболеваемости лямблиозом (на сегодня этот показатель составляет от 0,5 до 18%), что связывают с увеличением миграции населения и низким уровнем первичной профилактики. Среди детей распространенность указанной патологии колеблется в пределах 27-70%.

Возбудителем заболевания являются лямблии *(Giardia intestinalis)* – жгутиковые простейшие, паразитирующие в организме человека преимущественно в проксимальном отделе тонкой кишки. Они прикрепляются к кишечным ворсинкам и поглощают питательные вещества и ферменты, тем самым нарушая процесс мембранного пищеварения. Длительное время лямблии не считались патогенными, что было связано с отсутствием отчетливых клинических симптомов заболевания и широким распространением лямблионосительства.

В организме человека лямблии существуют в вегетативной форме (трофозоиты – активные лямблии) и в форме цист (неактивная форма). Лямблии образуют цисты в кишечнике человека (при этом тело паразита несколько округляется, формирует вокруг себя плотную прозрачную оболочку). Цисты лямблий овальны, в цитоплазме содержат 2-4 ядра и свернутый жгутиковый аппарат. Больные могут выделять в течение суток с испражнениями огромное количество инцистированных форм лямблий, которые способны существовать во внешней среде до 3 недель, а попадая в воду – и до 5 недель. Один грамм фекалий ребенка может выделять во внешнюю среду 241 800 цист, а взрослого – более 12 млн (!), в то время как инфективная доза для человека составляет около 10 цист.

Цисты могут выделяться из организма как беспрерывно, так и периодически. По данным научной литературы, постоянное цистовыделение встречается лишь у 4,7% зараженных, а периодическое – у 95%. Длительность т. н. немых промежутков в среднем составляет 8-14 дней. На этот показатель влияет изменение иммунологической реактивности организма. Некоторые исследователи связывают цикличность выделения цист с сезонностью и характером питания (в частности, размножению лямблий способствует преимущественно углеводная пища).

Вегетативные формы лямблий паразитируют в основном в верхнем отделе тонкого кишечника. В процессе жизнедеятельности они постепенно спускаются в его дистальные отделы, ободочную кишку, где формируют цисты, и в таком виде выводятся из организма. Процесс образования цист занимает около 10-12 часов. Циста не только защищает лямблию от неблагоприятных воздействий внешней среды, но и является формой подготовки к делению: при повторном попадании в организм человека из цисты уже в течение 10-15 минут образуется сразу два трофозоита (вегетативные формы лямблий), которые в дальнейшем способны к самостоятельному размножению (Мочалова А.А., Ершова И.Б. и соавт., 2013).

Основные пути передачи лямблиоза:

1) пищевой – через зараженную воду (достаточно заглатывания с водой ≤10 цист), продукты, немытые овощи, фрукты и ягоды (следует учитывать, что механическим переносчиком цист лямблий могут выступать мухи);

2) контактно-бытовой – через загрязненные цистами предметы обихода: белье, детские игрушки, посуду, шерсть животных. Дети, имеющие привычку грызть ногти, кусать кончик карандаша или ручки, чаще всего подвержены высокому риску развития лямблиоза.

Источником инфекции является только человек, инвазированный лямблиями. Паразитирующие на грызунах (мыши, крысы), кошках и собаках лямблии для человека не патогенны.

Вегетативные формы поглощают питательные вещества и ферменты осмотическим путем через оболочки из щеточной каймы тонкого кишечника, нарушая процесс пристеночного пищеварения. С помощью присасывательного диска лямблии прикрепляются к ворсинкам кишечного эпителия и травмируют слизистые оболочки кишечника. При этом происходит изменение клеточного метаболизма в тканях пораженных участков пищеварительного тракта (нарушения обмена белков, жиров и углеводов). Повреждение тканей двенадцатиперстной кишки, тощей кишки, желчных ходов приводит к воспалению, образованию микроабсцессов, атрофии слизистой оболочки. Формируются стойкие моторно-эвакуаторные нарушения работы кишечника и билиарного тракта. На фоне лямблиозной инвазии наблюдается снижение выработки секреторных иммуноглобулинов и истощение механизмов иммунной защиты. В результате длительного паразитирования лямблий в организме происходит снижение иммунной защиты, сдерживающей их размножение. При этом формируется синдром эндогенной интоксикации, который приводит к повреждению практически всех органов и систем.

В силу огромного количества и активного размножения лямблий в кишечнике (особенно на фоне нерационального питания) резко изменяется микробный пейзаж указанного отдела пищеварительного тракта: наблюдаются его колонизация микроорганизмами и грибами, которые в норме не обнаруживаются, интенсификация процесса размножения простейших. На фоне нерационального питания резко снижается численность кишечной палочки, бифидум- и лактобактерий, обеспечивающих нормальный процесс пищеварения и всасывания. У детей раннего возраста (до 3 лет) доминирующее значение имеет массивная лямблиозная инвазия, в то время как у пациентов старше 3 лет ключевую роль в усугублении течения лямблиоза играет нерациональное питание.

Классификация лямблиоза:

1) носительство;

2) лямблиоз с преобладанием местных нарушений:

- кишечные формы – дуоденит, энтерит, энтероколит;
- печеночные формы – гепатит, холецистит;

3) лямблиоз с преобладанием общих расстройств – вегетативная дисфункция, анемия;

4) распространенные формы лямблиоза (сочетание описанных выше форм).

Клиническая картина лямблиоза не имеет патогномоничных симптомов, поэтому его диагностика представляет определенные трудности. У детей заболевание протекает с более выраженными клиническими признаками. Лямблиоз часто сопровождается неврастеническими симптомами – слабостью, быстрой утомляемостью, раздражительностью, плаксивостью, головной болью и головокружением. Не случайно это простейшее известно как «паразит тоски и печали». Известны также формы лямблиоза с преобладанием аллергических проявлений в виде кожного зуда, крапивницы и т. д. Для детей (особенно младшего возраста) характерен синдром мальабсорбции, вызывающий серьезные нарушения функционирования слизистой оболочки тонкой кишки, изменения ее проницаемости для жиров, углеводов и витаминов. Мальабсорбция нередко является причиной резкой потери массы тела и развития дистрофии у детей. Наряду с кишечными нарушениями при лямблиозе наблюдаются такие клинические проявления, как афтозные изъязвления слизистой оболочки полости рта и поражение красной каймы губ. Степень выраженности

УРСОСАН
урсодеоксихолева кислота
Холелітолітик
Сучасне рішення при холестазі

Показання:
Для розчинення рентгеннегативних холестеринових жовчних каменів діаметром не більш як 15 мм у хворих з функціонуючим жовчним міхуром, незважаючи на наявність у ньому жовчного(их) каменя(нів). Для лікування гастриту з рефлюксом жовчі.
Для симптоматичного лікування первинного біліарного цирозу (ПБЦ) за умови відсутності декомпенсованого цирозу печінки.
Для лікування гепатобіліарних розладів при муковісцидозі у дітей віком від 6 до 18 років.

Протипоказання:
Підвищена чутливість до будь-якої речовини, що входить до складу лікарського засобу. Гостре запалення жовчного міхура або жовчних протоків. Непрохідність жовчних проток (закупорка загальної жовчної протоки або протоки міхура).
Часті епізоди печінкових кольок. Рентгеноконтрастні кальцифіковані камені жовчного міхура.
Порушення скоротливості жовчного міхура. Пізні стадії первинного біліарного цирозу через недостатній терапевтичний ефект.
Застосування дітям: невдалий результат портоентеростомії або відсутність адекватного жовчного відтоку у дітей з атрезією жовчних шляхів.

Побічні реакції:
З боку травної системи: часто — пастоподібне випорожнення або діарея впродовж лікування урсодеоксихолевою кислотою; дуже рідко при лікуванні первинного біліарного цирозу — скарги на сильний абдомінальний біль з локалізацією у правому підребер'ї.
З боку печінки, жовчовивідних шляхів та жовчного міхура: дуже рідко — може спостерігатися кальцифікація жовчних каменів.
Упродовж терапії розвинених стадій первинного біліарного цирозу у дуже рідких випадках спостерігалася декомпенсація цирозу печінки, яка частково регресувала після припинення лікування. Реакції гіперчутливості: алергічні реакції, включаючи висипання, свербіж, кропив'янку.

Інформація про лікарський засіб для професіональної діяльності медичних та фармацевтичних працівників
Повна інформація про лікарський засіб міститься в інструкції для медичного застосування

Представництво "ПРО.МЕД.ЦС Прага а.с." в Україні
04071, м. Київ, вул. Межигірська, 7/16. Тел.: +38 044 364 57 59, office@promedcs.ua/www.promedcs.ua

PRO.MED.CS Praha a.s.

бывает различной: от легкого шелушения и сухости до выраженного хейлита с трещинами, заедами, шелушением пероральной зоны. У детей старшего возраста лямблиоз протекает со стойкими запорами и явлениями дискинезии желчного пузыря и желчевыводящих путей (Мочалова А.А., Ершова И.Б. и соавт., 2013).

Диагноз лямблиоза устанавливают при обнаружении цист или трофозоитов в образцах фекалий или дуоденальном содержимом. Однако из-за прерывистого цистовыделения (характерно для 95% больных) выявить их удается далеко не всегда. Для повышения эффективности диагностики лямблиоза используют методы для определения специфических антигенов в фекалиях и специфических антител в сыворотке крови. Установить наличие IgM и IgG к антигенам лямблий методом иммунофлуоресцентного анализа возможно с 12-14-го дня заболевания. После санации IgM быстро исчезают. Их обнаружение свидетельствует о лямблиозе. IgG сохраняются до 2 мес после санации и могут указывать на перенесенную инвазию. Если у ребенка, ранее не обследованного и не получавшего лечение по поводу лямблиоза, присутствуют специфические антитела, правомочно установить диагноз лямблиоза (серологический) и назначить соответствующую терапию.

Целесообразно лечение лямблиоза как при наличии выраженных клинических проявлений, так и в случае бессимптомного носительства. Показана комплексная терапия, включающая диету, противопротозойный препарат, желчегонное средство, сорбенты, пробиотики, фитотерапию. Начинать лечебные вмешательства следует с модификации рациона и сокращения содержания в нем углеводной пищи, провоцирующей размножение лямблий.

! В первые 7 дней терапии проводят коррекцию дискинезии желчевыводящих путей. С этой целью успешно применяются препараты урсодезоксихолевой кислоты (например, Урсосан®).

Известно, что урсодезоксихолевая кислота индуцирует холерез, богатый бикарбонатами, что обеспечивает увеличение пассажа желчи, снижает ее литогенные свойства и сопровождается цитопротекторным эффектом. Средства этого класса оказывают иммуномодулирующее влияние, что проявляется в угнетении экспрессии HLA-антигенов на мембранах гепатоцитов, холангиоцитов и нормализации естественной киллерной активности лимфоцитов.

! Учитывая широкий спектр положительных эффектов, прием урсодезоксихолевой кислоты (в частности, препарата Урсосан®) может быть рекомендован в рамках комплексного лечения лямблиоза.

После коррекции дискинезии желчевыводящих путей в течение недели дополнительно назначаются противопаразитарные препараты и сорбенты курсом 7 дней. На завершающем этапе (после противопаразитарной санации) применяют пробиотики и фитопрепараты.

Распространенность лямблиоза демонстрирует тенденцию к росту во всех возрастных группах. Наиболее опасно это заболевание для детей раннего возраста из-за нарушения процессов пристеночного пищеварения, развития мальабсорбции и мальдигестии. На современном этапе рекомендуется комплексная терапия лямблиоза с использованием желчегонных и противопаразитарных средств, пробиотиков, сорбентов, фитопрепаратов.

Подготовила ***Мария Маковецкая***

НОВИНИ МОЗ

Лікарні стануть некомерційними підприємствами

Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) розробило Методичні рекомендації, які допоможуть змінити господарсько-правовий статус комунальних закладів охорони здоров'я шляхом їх реорганізації з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства. Документ підготовлено на виконання закону «про автономізацію» («Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань охорони здоров'я», № 2309а-д). Про це повідомив на брифінгу заступник міністра охорони здоров'я України Павло Ковтонюк.

«Цей закон передбачає, що медичні заклади стають такими самими підприємствами, які і всі інші. Досі вони працювали як бюджетні установи за радянськими нормами через вертикальне управління. Тепер парламент зробив важливий крок та ухвалив закон, який дозволяє медичним закладам повноцінно господарювати»,– наголосив заступник міністра, додавши, що їхні права розширено до рівня всіх інших суб'єктів господарювання України включно з правом підписувати контракти, мати свій рахунок та встановлювати рівень заробітної плати без прив'язки до тарифної сітки.

Розроблені профільним міністерством методичні рекомендації призначені для органів місцевого самоврядування, керівників медичних закладів, депутатів місцевих рад та демонструють такі переваги автономізації:

• керівник підприємства отримує значно більшу, ніж керівник бюджетної установи, свободу в розпорядженні активами, фінансами та формуванні кадрової політики, визначенні внутрішньої організаційної структури закладу; має можливість самостійно встановлювати будь-які форми оплати праці працівників, що допускаються законодавством;

• фінансування підприємства здійснюється не за постатейним кошторисом витрат, а на основі власного фінансового плану, що дозволяє ефективно розпоряджатися коштами;

• медичні заклади отримають право мати власний рахунок у держбанку;

• медичні заклади отримають право утворювати об'єднання з іншими закладами, які також діють у статусі підприємства, з метою перерозподілу функцій між ними та спільної оптимізації використання матеріальних, людських та фінансових ресурсів;

• медичні заклади отримають можливість наймати за договорами підряду лікарів фізичних осіб-підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію на здійснення господарської діяльності з медичної практики.

Реорганізації можуть підлягати заклади охорони здоров'я первинної ланки, лікарні 2 та 3 рівнів надання медичної допомоги. Рішення про зміну господарсько-правового статусу ухвалюють ради територіальних громад сіл, селищ, міст, які є власниками майна.

Перетворення закладів на некомерційні підприємства є найкращим інструментом для запобігання можливому надмірному податковому навантаженню, банкрутству реорганізованих у підприємства комунальних закладів та скороченню існуючої мережі. Крім того, це дозволяє захистити їх від приватизації за умови, що перетворені комунальні підприємства будуть внесені до переліку об'єктів комунальної власності відповідної територіальної громади, що не підлягають приватизації.

Задля запобігання можливому «свавіллю» з боку керівництва медичного закладу при ньому пропонується створити спостережну раду, яка є дорадчим органом. Наявність спостережної ради при лікарнях вторинного та третинного рівнів є обов'язковою. Також можуть утворюватися опікунські ради, до складу яких (за їхньою згодою) можуть включатися благодійники, представники громадськості та громадських об'єднань, благодійних, релігійних організацій, органів місцевого самоврядування, засобів масової інформації, волонтери та ін. Типове положення про спостережну раду затверджує Кабінет Міністрів України.

Під час реорганізації можливі заходи з оптимізації чисельності та штату персоналу. Сам факт реорганізації не є підставою для звільнення працівників, тому трудові відносини з працівниками реорганізованого закладу продовжуються. Звільнення можливе лише у випадку скорочення чисельності (штату). У процесі реорганізації окремі працівники можуть бути переведені на інші посади, у разі необхідності переміщені в інші структурні підрозділи.

Після перетворення медичного закладу в комунальне некомерційне підприємство оплата праці працівників переходить у сферу договірного регулювання. Тому на перший план виходить необхідність ухвалення колективного договору, у якому мають бути визначені форми і системи оплати праці, норми праці, розцінки, тарифні сітки, схеми посадових окладів, умови запровадження та розміри надбавок, доплат, премій, винагород та інших заохочувальних, компенсаційних і гарантійних виплат.

У реорганізованих закладах основою стимулюючої функції зарплати має бути особиста зацікавленість лікаря в результатах своєї праці. Так, наприклад, кількість пацієнтів, які обрали сімейного лікаря, варто враховувати у визначенні розміру його посадового окладу або додаткових виплат у вигляді доплат чи надбавок до посадового окладу. Основну частку оплати праці варто пов'язувати з наявними результатами індивідуальної праці, виходячи з особистих якостей і результатів праці кожного працівника, а додаткову – залежно від кінцевих результатів роботи підприємства.

У методичних рекомендаціях пропонується враховувати особисті здібності, кваліфікацію, досвід, результати роботи медпрацівника. Організація оплати праці за цих умов має передбачати:

• широке використання індивідуальних трудових договорів, за якими працівнику гарантується певний розмір зарплати лише за умов виконання ним обов'язків, передбачених договором;

• систему обґрунтованої та справедливої, за умовами та результатами праці, персоніфікації тарифних ставок і посадових окладів працівників з орієнтацією не тільки на рівень кваліфікації та стаж роботи, а й на ефективність їхньої праці;

• залежність посадових окладів лікарів від продуктивності їхньої праці, а керівників та провідних (головних) фахівців – від ефективності господарської, комерційної діяльності закладу;

• періодичний перегляд ставок і окладів, визначених працівникам на основі оціночних показників різних характеристик виконаної роботи, з метою стимулювання їхньої праці.

Джерелами фінансування закладу можуть бути як бюджетні кошти, так і кошти юридичних та фізичних осіб.

Процес реорганізації має багато етапів та може тривати від 6 місяців до року. МОЗ України також розробило примірний Статут комунального некомерційного підприємства, який допоможе керівництву закладів охорони здоров'я в процесі реорганізації.

Грантова допомога від уряду Японії

МОЗ України підтвердило прибуття в Україну 6 найсучасніших ендоскопічних систем у рамках грантової допомоги, наданої японським урядом для підтримки українських лікарень.

Надання гранту було узгоджене у 2014 р. між урядами двох країн як позапроектна грантова допомога в рамках програми Офіційної допомоги з метою розвитку, що проводиться на глобальному рівні урядом Японії. Після ретельного аналізу потреб МОЗ надало запит на 6 ендоскопічних систем та 8 цифрових рентгенівських систем для встановлення в обласних лікарнях.

Компанія Crown Agents як експерт світового рівня у сфері закупівель для сектора охорони здоров'я була визначена агентом із закупівлі для реалізації цього проекту. У результаті було укладено контракти щодо поставки в Україну ендоскопів від виробника медичного обладнання Olympus, кожен з яких містить гастроскопічну та колоноскопічну відеосистеми з відповідними допоміжними засобами, та цифрових рентгенівських систем виробництва Toshiba.

Загальна вартість грантової допомоги становить 350 млн японських єн (приблизно 3 млн доларів США). Ця сума включає придбання медичного обладнання, а також відповідне пакування, страхування, інспекції, транспортування в Україну, митне оформлення, доставку в лікарні, монтаж, введення в експлуатацію та послуги з навчання персоналу.

Ендоскопічні системи вже прибули до лікарень та наразі перебувають у процесі інсталяції. 20 та 21 квітня у Києві відбулися тренінги з навчання кінцевих користувачів усіх лікарень, яким передані системи. Системи отримали такі обласні клінічні лікарні: Житомирська, Волинська, Київська, Рівненська, Чернігівська та Дніпровська.

Цифрові рентгенівські системи повинні прибути в Україну влітку 2017 р. та будуть встановлені в Київській, Дніпровській, Запорізькій, Харківській обласних клінічних лікарнях, Маріупольській міській лікарні швидкої медичної допомоги, Слов'янській центральній районній лікарні, Біловодській центральній районній лікарні, Старобільському районному територіальному медичному об'єднанні.

За інформацією прес-служби МОЗ України