

АНГЕЛЬМЕКС

Albendazole

ВХОДИТЬ
ДО ПЕРЕЛІКУ
ОСНОВНИХ
ЛІКАРСЬКИХ
ЗАСОБІВ
ВООЗ

Протигельмінтний засіб

ШИРОКИЙ СПЕКТР ДІЇ

Діє на гельмінтів,
що знаходяться
за межами шлунково-
кишкового тракту

ПРЕПАРАТ ВИБОРУ ПРИ ЗМІШАНІЙ ІНВАЗІЇ

Селективно інгібує
полімеризацію
 β -тубуліну



Велика ймовірність зараження:



Діти



Низька
санітарна
культура



Недостатньо
термічно
оброблене
м'ясо і риба



Подорож
до країн
Африки та Азії



Таблетки
жувальні

Коротка інформація про лікарський засіб Ангельмекс РП МОЗ України UA/11795/01/01 від 20.03.2017. Склад: 1 таблетка містить 400 мг альбендазолу. Лікарська форма. Таблетки жувальні. Фармакотерапевтична група. Протигельмінтні засоби. Похідні бензімідазолу. Код АТХ P02CA 03. Фармакологічні властивості. Антигельмінтна дія альбендазолу зумовлена пригніченням полімеризації тубуліну. Показання. Кишкові форми гельмінтозів та шкірний синдром Larva Migrans, системні гельмінтні інфекції. Протипоказання. Підвищена чутливість до альбендазолу та до інших компонентів препарату. Спосіб застосування та дози (див. в інструкції). Побічні реакції: біль у животі, нудота, жовтяниця, головний біль, анафілактичні реакції, кропив'янка. Категорія відпуску. За рецептом. Виробник. ТОВ «Агрофарм». Україна, 08200, Київська обл., м. Ірпінь, вул. Центральна, 113-А. Тел.: (044) 599-02-84. Повна інформація про лікарський засіб в інструкції для медичного застосування. Інформація для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників. Для розміщення у спеціалізованих виданнях призначених для лікарів та медичних установ, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики.

БХФЗ  ВСРР

Клінічні маски гельмінтозів у практиці сімейного лікаря

Розповсюдженість гельмінтозів серед жителів земної кулі надзвичайно велика: так, у Європі кожен третій мешканець має цю проблему, на кожного жителя Африки припадає понад 2 види гельмінтів, в Азії та Латинській Америці – більше одного виду. В Україні щороку офіційно реєструють 300-400 тис. випадків гельмінтозів, з них 80% – у дітей.

Гельмінти – одні з найстаріших істот на планеті, що еволюційно пристосувалися до існування як в організмі тварин і людей, так і в зовнішньому середовищі. З урахуванням тривалої безсимптомної персистенції гельмінти завдають значної шкоди організму людини, особливо в дитячому віці. У процесі життєдіяльності гельмінти не тільки виснажують організм, а й виділяють токсичні речовини, що спричиняють порушення функцій імунної системи та мутації в геномному апараті (Єршова І.Б., Мочалова Г.О. і співавт., 2015). Паразити зумовлюють більш частий розвиток інфекційної та соматичної патології, провокують або підтримують алергічні процеси, негативно впливають на формування поствакцинального імунітету. За обсягом завданої людському здоров'ю шкоди гельмінтози посідають четверте місце після діареї, туберкульозу та ішемічної хвороби серця. Щороку 135 тис. людей на планеті гинуть через гельмінтози, і цей показник невинно зростає (Боткіна О.С., Дубровська М.І., 2016).

Алергічний синдром

Добре відомо, що гельмінти зумовлюють значну алергізацію організму. Найчастішими проявами сенсibilізації в людей з інвазією є еозинфілія, свербіння, шкірний висип, бронхоспазм, утворення легеневи інфільтратів. На жаль, через широку первинну розповсюдженість алергічних захворювань, що стали рутинною практикою, настороженість лікарів щодо гельмінтозів є досить низькою. І цей факт особливо небезпечний, тому що з року в рік зростає не тільки кількість гельмінтозів, а й з'являються не характерні для нашої місцевості захворювання. Так, відмічене підвищення кількості випадків захворювання на стронгілодоз. Основним шляхом зараження є проникнення личинок крізь неушкоджену шкіру при ходьбі босоніж або контакті із землею. Для хворих на стронгілодоз характерні первинні маски у вигляді гострого дерматиту та кропив'янки. Деякі клінічні форми лямбліозу супроводжуються алергічними проявами, як-от інтенсивне шкірне свербіння, кропив'янка, бронхоспазм, еозинфілія легеневи інфільтрати; іноді мають місце блефарити, що розцінюються як алергічні. Синдром мігруючої личинки при токсокарозі також проявляється сверблячим шкірним висипом інтенсивно-червоного кольору у вигляді мігруючих смуг з локалізацією на стопах, сідницях, у ділянці промежини, рідше – на тулубі. Пацієнтам із такими симптомами найчастіше встановлюють діагноз алергічного дерматиту або стрептодермії (Єршова І.Б., Мочалова Г.О. і співавт., 2015). Шкірний висип, що нагадує алергічний дерматит, може супроводжувати аскаридоз, опісторхоз, анкілостомідоз (Марушко Ю.В., 2014). За останні 10 років частота дирофіляриозу зросла в 52 рази. Мігруючі ниткоподібні дирофілярії при ураженні підшкірно-жирової клітковини призводять до помилкового діагнозу алергічного дерматиту.

Отже, при проведенні диференційної діагностики з алергічними захворюваннями необхідно враховувати такі ознаки, що можуть вказувати на глистну інвазію:

- сімейний анамнез з алергопатології не обтяжений;
- в анамнезі відсутні інші алергічні реакції або захворювання які б передували бронхообструкції;
- наявність гельмінтів або протозойних захворювань у членів родини;
- відвідування дитиною дошкільного дитячого закладу;
- циклічні (кожні 10-14 днів) нічні напади утрудненого дихання;
- еозинфілія понад 8% (особливо тривала);
- неможливість досягти повної ремісії на фоні адекватної протиалергічної терапії;
- відсутність реакції на поширені алергени при алергообстеженні;
- наявність супутніх рецидивуючих захворювань шлунково-кишкового тракту (Шрайнер Є.В., 2013).

Легеневий синдром

Найбільш яскрава картина легеневого синдрому спостерігається у хворих на токсокароз. Характерна субфебрильна (рідше – фебрильна) лихоманка, що супроводжується астеничними проявами. Одночасно з лихоманкою виникають і ураження легень, які варіюють у широких межах – від рецидивуючого бронхіту до пневмонії з летальним наслідком. Рентгенологічно у таких хворих виявляють одиничні або множинні інфільтрати еозинфілії природи (синдром

Лефлера) (Боткіна О.С., Дубровська М.І., 2016). Токсокароз нерідко є причиною станів, які розцінюються як гострий бронхіт, бронхіальну астму, гайморит, еозинфілії васкуліт тощо (Єршова І.Б., Мочалова Г.О. і співавт., 2015).

Іншим гельмінтозом, за якого зазвичай уражаються легені, є аскаридоз. У міграційну фазу перебіг аскаридозу може мати маску гострої респіраторної інфекції, бронхіту. Наявність лихоманки, кашлю з незначною кількістю мокротиння, сухих і вологих хрипів, вкорочення перкуторного звуку наводять лікаря на думку про бронхопневмонію. Інфільтрати на рентгенографії є приводом для тривалої неуспішної антибіотикотерапії. Легеневий синдром може зустрічатися і на ранніх стадіях стронгілодозу: у хворих зазвичай виникають задишка, сухий або вологий кашель, лихоманка, гіпереозинфілія, рентгенологічно – інфільтративні зміни в легенях. Важливо пам'ятати, що легеневий синдром з еозинфілією понад 8% є приводом до обстеження хворого на гельмінти.

Ураження шлунково-кишкового тракту

У 75,3% випадків паразитози супроводжуються різноманітними порушеннями з боку органів травлення: абдомінальним болем, диспепсичними явищами, порушенням кислотоутворювальної функції та ін. Навіть така «дрібниця», як ентеробіоз, може призводити до порушення перетравлення та всмоктування, зниження кислотності шлункового соку, пригнічення пепсинотворювальної функції, порушення біохімічного кишечника. Натомість масивні інвазії здатні спричинити такі ускладнення, як апендицит, перфорація кишечника, перитоніт тощо (Печуров Д.В., Тяжева О.О., 2014). Аскариди також виділяють інгібітори трипсину та хімотрипсину, внаслідок чого погіршуються процеси всмоктування білків, жирів, порушується толерантність до лактози. Кишкову фазу аскаридозу зазвичай помилково приймають за функціональні захворювання шлунка і кишечника через неспецифічні симптоми: нудоту, зниження апетиту, абдомінальний біль, розлади стулу та ферментативну недостатність. Подібні симптоми характерні для більшості гельмінтозів: трихінельозу, анкілостомідозу, токсокарозу, стронгілодозу та ін. Лихоманка, гострий біль у животі при трихінельозі нерідко є приводом для встановлення діагнозу гострого апендициту. Ехінококоз може мати такі первинні діагнози-маски, як кіста, пухлина або абсцес печінки. До речі, ехінокок лікарі звикли шукати тільки в паренхіматозних органах – печінці, легенях, мозку, проте цей гельмінт може уражати й кістки та суглоби під маскою коксартрозу, пухлин кісток таза, стегнової кістки, туберкульозу хребців (Єршова І.Б., Мочалова Г.О. і співавт., 2015).

Неврологічні порушення та синдром вегетативних розладів

У багатьох наукових працях описані вегетативні та неврологічні порушення внаслідок хронічної інтоксикації у разі гельмінтозів: ентеробіозу, аскаридозу, трихоцефальозу, анкілостомідозу, гіменолепидозу, теніаринозу, опісторхозу тощо. Наприклад, ентеробіоз є частою причиною безсоння, загальної слабкості, головних болей, запаморочення та ін. (Єршова І.Б., Мочалова Г.О. і співавт., 2015). При цьому специфічне ураження нервової тканини може виникати при її безпосередньому ураженні тканинними паразитами. Так, токсокароз негативно впливає як на центральну нервову систему, так і на її периферійні ланки. У першому випадку має місце клініка епісиндрому, гіперактивності, афективної нестійкості, в тяжких випадках – менінгоенцефаліту, психічних порушень, синдрому рухових порушень. Одним з характерних проявів токсокарозу є ураження очей. Розвиток очного токсокарозу пов'язаний із зараженням невеликою кількістю личинок. При цьому антигенного впливу на організм недостатньо для сенсibilізації з розвитком алергічних реакцій, гранулематозного процесу й еозинфілії. Тому личинки вільно мігрують по органах і тканинах та потрапляють в око. Очний токсокароз завжди уражає одне око з розвитком коосоконості, лейкокорії, зниження зору. Ураження зорового нерва може призводити до повної втрати зору з ураженого боку (Боткіна О.С., Дубровська М.І., 2016). Стронгілодоз зазвичай не зачіпає нервову систему, але приблизно у 12% випадків можуть виникати головний біль, загальна слабкість, запаморочення, порушення сну, дратівливість та ін. (Салонікіді Г.І., 2010). У процесі діагностичного пошуку важливо враховувати наявні супутні захворювання

(алергічні, респіраторні), що могли б наштовхнути лікаря на думку про глистну інвазію.

Гематологічні порушення

Добре відомо, що інтенсивна алергізація внаслідок глистної інвазії супроводжується еозинфілією (>8%), але це не єдина реакція організму. Дослідниками описані також випадки паразитозів, перебіг яких подібний до гострого лейкозу. Надзвичайно цікава робота була виконана на базі гематологічного відділення Харківської міської дитячої лікарні № 16. При обстеженні 16 дітей, які звернулися до гематолога з неспецифічними скаргами (слабкість, втомлюваність, дратівливість, блідість шкірних покривів, бажання їсти крейду, землю тощо), токсокароз було діагностовано у 8 осіб, ентеробіоз – у 3, аскаридоз – у 2, лямбліоз – у 3; у 2 пацієнтів мало місце поєднання аскаридозу з токсокарозом. У гематологічному відділенні в 43,7% цих дітей виявлено залізодефіцитну анемію, у 18,7% – лейкомоїдну реакцію еозинфілії типу, у 25,0% – реактивну лімфаденопатію, у 56,5% – гепатолієнальний синдром. Найчастішими лабораторними симптомами були лейкоцитоз до $25 \times 10^9/\text{л}$, еозинфілія (до 57%), гіпохромна анемія середнього і важкого ступеня, високий рівень γ -глобулінів (до 44%) та Ig E (до 880 МЕ/мл) (Одинець Ю.В., Макеєва Н.І. і співавт., 2016).

Як лікувати?

Однією з молекул, рекомендованих Всесвітньою організацією охорони здоров'я для лікування гельмінтозів, є альбендазол. Механізм його дії пов'язаний з пригніченням поглинання глюкози, що призводить до скорочення запасів глікогену та загибелі гельмінта. Альбендазол також інгібує полімеризацію β -тубуліну, що зумовлює деструкцію цитоплазматичних мікроканалів клітин кишечного тракту гельмінтів. Одним з препаратів альбендазолу на вітчизняному ринку є Ангельмекс® – засіб високої якості з більш ніж комфортною ціною. Важливо, що альбендазол діє на всі стадії розвитку гельмінтів (яйця, личинки, дорослі особини) й ефективний проти нематод *Enterobius vermicularis*, *Ascaris lumbricoides*, *Trichiurus trichiura*, *Strongiloides stercoralis*, *Necator americanus*, *Cutaneous larva migrans ancylostoma duodenale*; цестод *Taenia solium*, *Hymenolepis nana*, *Taenia saginata*; трематод *Clonorchis sinensis* та *Opisthorchis viverrini*, а також *Giardia lamblia*. Альбендазол активний і при тканинних гельмінтозах (*Echinococcus granulosus* та *Echinococcus multilocularis*, інвазії личинок *T. solium* и *Gnathostoma spinigerum*) (Єршова І.Б., Мочалова Г.О. і співавт., 2015).

Слід зазначити, що побічні реакції, які виникають при застосуванні протигельмінтних засобів, пов'язані не тільки з дією препарату, а й з реакцією організму на масову загибель гельмінтів. Тому згідно з рекомендаціями (Крамарев С.А., 2006) лікування гельмінтозів можна проводити в три етапи.

Етап 1:

- призначення антигістамінних засобів за 5 днів до дегельмінтизації;
- призначення ентеросорбентів за 2-3 дні до дегельмінтизації.

Етап 2:

- призначення антигельмінтного засобу (Ангельмекс® у дозі 400 мг) на фоні прийому ентеросорбенту й антигістамінного препарату.

Етап 3:

- після завершення прийому антигельмінтного засобу продовжувати терапію антигістамінними препаратами та ентеросорбентами упродовж 5 днів;
- додати до лікування пробіотики на 2-3 тиж.

Ентеросорбенти слід приймати за 2 год до або через 2 год після прийому інших препаратів.

Таким чином, розповсюдженість гельмінтозів зростає з року в рік. Унаслідок інтенсивних міграційних процесів на території України з'являються нехарактерні для цієї місцевості паразитози. Більшість гельмінтозів не має чіткої патогномонічної клінічної картини, їхній перебіг відбувається під масками інших соматичних захворювань. Ангельмекс® (альбендазол) – сучасний ефективний антигельмінтний засіб, активний проти як кишкових, так і тканинних гельмінтів. Упаковка препарату містить 3 таблетки по 400 мг альбендазолу, звичайна доза становить 400 мг 1 раз на добу (1 таблетка), одноразово або упродовж 3 днів. У разі ентеробіозу рекомендується проводити одночасне лікування всіх осіб, які проживають разом.

Підготувала **Марія Марчук**