

Губергрин М. М. Избранные труды. Киев, 1959. — 6. Гукасян А. Г. Тер. арх., 1961, 8. — 7. Кончаловский М. П. Тер. арх., 1937, 5. — 8. Ланда А. Л. Казанский мед. журн., 1961, 4. — 9. Лурия Р. А. Болезни пищевода и желудка, 3 изд., М., 1941. — 10. Маякова Т. И. Терапевт. сборник, посвящ. В. П. Образцову. Ижевск, 1950. — 11. Рысс С. М. Клин. мед., 1961, 2. — 12. Рысс С. М. и Поваляева А. Т. В кн.: Ганглерон. Ереван, 1959. — 13. Смотров В. Н. Язвенная болезнь. М., 1944. — 14. Старостенко Н. Т. Новое в лечении язвенной болезни. Кишинев, 1954. — 15. Стражеско Н. Д. Избранные труды, т. 2, Киев, 1956. — 16. Теппер П. А., Шахназаров А. Б., Каминский А. Н., Локисова О. В. Тер. арх., 1961, 8. — 17. Удинцев Ф. А. Избранные труды, Киев, 1955. — 18. Феофилактова Е. А. Терапевт. сборник, посвящ. В. П. Образцову. Ижевск, 1950. — 19. Флекель И. М. Язвенная болезнь, 2 изд., М., 1958. — 20. Циммерман Я. С. Тр. Ижевского мед. ин-та, т. XIII, Ижевск, 1951. — 21. Шулушко И. Б., Толмач Д. В., Шкловская Е. Н. Врач. дело, 1957, 9.

Поступила 5 января 1962 г.

*Посвящается
светлой памяти
проф. М. И. Мастбаума*

О НЕКОТОРЫХ НОВЫХ АСПЕКТАХ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЛЯМБЛИОЗА

Канд. мед. наук Н. В. Эльштейн

1 терапевтическое отделение (зав. — А. Э. Мардна)
Таллинской республиканской больницы Эстонской ССР

Прошедшие 103 года со времени подробного описания лямблий не привели к единству взглядов о характере и степени их влияния на организм.

С одной стороны, отмечаются недооценка лямблиоза и запоздалая его диагностика, с другой — преувеличение патогенного значения лямблий. Крайности отмечаются и в лечебной тактике: в одних случаях обнаружение паразитов попросту не принимается во внимание, в других — задачу лечения больного лямблиозом усматривают лишь в том, чтобы применением того или иного средства (чаще акрихина) добиться исчезновения лямблий. При этом упускается из вида, что как обнаружение лямблий отнюдь не равноценно понятию лямблиоза, так и исчезновение их не всегда означает избавление от вызванного ими патологического процесса.

Обращает на себя внимание и то, что те, кто сомневаются в патогенности лямблий, почему-то искусственно выносят лямблиоз за пределы закономерностей, признаваемых для других инвазионно-паразитарных болезней. Так, некоторые авторы (И. А. Расулев, 1957 и др.) считают, что против патогенности лямблий свидетельствуют факты лямблионосительства без каких-либо признаков заболевания и сохранение болезненных проявлений после исчезновения лямблий, хотя те же самые доводы ни у кого не вызывают сомнений в патогенном значении глистов или дизентерийной палочки.

С целью изучения клинических проявлений лямблиоза нами было обследовано 360 больных (61,7% женщин и 38,3% мужчин). Больные в возрасте 21—40 лет составили 72,9%. В стационарных условиях исследовано 43% больных, в поликлинических — 57%.

Длительность болезни до установления диагноза лямблиоза оказалась свыше года у 77,8% больных. У некоторых заболевание могло быть с самого начала обусловлено лямблиями, однако в большинстве случаев лямблиоз, видимо, способствовал хроническому рецидивирующему течению (А. Л. Мясников, 1956; Хацьегану, 1958).

Анализ симптоматики, сопутствующей лямблиозу, выявил у 91,4% больных функциональные расстройства нервной системы, преимущественно типа неврастении, вегетодистонии, реже — психастении. Отмечено это было и рядом других авторов, а Гялингер (1953) считает это настолько характерным для лямблиоза, что называет лямблию «паразитом усталости и тоски».

В 3,3% случаев лямблиоз клинически выявлялся только функциональными нарушениями со стороны нервной или сердечно-сосудистой систем, без каких-либо отклонений со стороны системы пищеварения. Жалобы на функциональные нарушения со стороны сердца и кровеносных сосудов предъявляли 30% больных, а объективно эти нарушения были выявлены у 44,1%. В ряде случаев можно было поставить в связь с лямблиозом коронарный ангионевроз и неустойчивость АД как в сторону повышения, так и снижения.

Субфебрильная температура была у 33,9% больных, полимиоартралгия — у 15%. явления гипертиреоза — у 11,6%. Эозинофилия в периферической крови выявлена у 54,7%, умеренное гипохромное малокровие — у трети больных. Наконец, у 10 отмечен зуд кожи, у 2 — экзема и у 3 — астматический бронхит или бронхиальная астма, приступы которых купировались противолямблиозным лечением.

Анализ симптоматики позволил прийти к выводу, что основным лямблиозом свойственны функциональные расстройства нервной, реже — сердечно-сосудистой систем и токсико-аллергические симптомы в виде умеренно выраженных эозинофилии, гипохромного малокровия, повышения температуры и полимиоартралгии. При этом прямой зависимости между степенью выраженности общих проявлений и патологией системы пищеварения отметить не удалось.

При анализе патологии кишечника наиболее часто нами выявлено поражение двенадцатиперстной кишки. Дуодениты, дискинезии двенадцатиперстной кишки, дуоденоэпити диагностированы у 57,2% больных. Как показывают наши наблюдения, дуоденит у больных в большинстве случаев недооценивается, и чаще всего таких больных лечат по поводу хронического гастрита, реже — хронического холецистита и хронического аппендицита.

В клинике энтеритов (выявленных у 22,5% больных) общие проявления (субфебрильная температура, полиартралгия и др.), а также увеличение селезенки и печени преобладали над местными проявлениями (болями в животе, стеаторреей, поносами и др.).

Колит при лямблиозе, диагностированный в 6,4% случаев, всегда сочетался с энтеритом. В течении энтероколитов особенно обращали на себя внимание длительность болезни, отсутствие эффекта от предшествующей терапии сульфаниламидами и антибиотиками, частое наличие в анамнезе неподтвержденной бактериальной дизентерии. На фоне общих проявлений болезни, сопровождающейся адинамией и потерей веса, наблюдались безболовые поносы при отсутствии крови в кале. Ректороманоскопическая картина не характерна.

Среди наблюдавшихся нами больных патология желчных путей (включая желчный пузырь) отмечена у 76,7%, выраженная патология печени — у 9,2% больных. Поражение желчных путей при лямблиозе чаще всего носит характер хронического холестихолаγγита.

Значительное место в проявлениях со стороны пищеварительной системы при лямблиозе занимают нарушения функций желудка. Секреторная его недостаточность выявлена у 78,6% больных. Между тем, обнаружение лямблий в желудке — явление редкое. Поскольку говорить о первичных гастритах при лямблиозе, нам кажется, нет оснований, — а встречаются гастриты при лямблиозе часто, — мы их расцениваем как вторичные. Патология желудка возникает при этом, видимо, вследствие интерцептивных влияний с пораженных лямблиями кишечных или желчных путей.

Исследование у некоторых больных функций поджелудочной железы не дало оснований утверждать о серьезных нарушениях ее деятельности при лямблиозе. Нарушения (за редким исключением) носили функциональный характер.

Анализ патологии системы пищеварения позволил, таким образом, прийти еще к одному выводу, а именно — наиболее часто при лямблиозе выявляется поражение двенадцатиперстной кишки и желчных путей при вторичном гастрите с секреторной недостаточностью и кишечных дисфункциях. В 45% случаев патология кишечника и желчных путей или печени носила сочетанный характер (особенно часто диагностированы дуоденохолецистит и дуоденохолецистихолаγγит).

Особенности перечисленных общих симптомов и описанный характер поражения пищеварительного тракта позволили во многих случаях ставить предположительный диагноз лямблиоза еще до обнаружения лямблий, то есть на основе лишь клинических признаков.

Необходимо особо подчеркнуть, что все перечисленные симптомы лямблиоза, взятые вне связи друг с другом, естественно, могут встречаться и при патологии пищеварительной системы нелямблиозного происхождения.

О возможности клинического предположительного распознавания лямблиоза есть указания у А. М. Семенова (1955), А. Г. Лепявко (1959), Гоя с соавторами (1960), как и в ряде наших предыдущих работ. В значительном числе наших наблюдений поиски лямблий предпринимались тогда, когда клиническая симптоматика давала основания подозревать лямблиоз. Примерами могут служить следующие наблюдения.

Н., 39 лет, обратился 27/1 1960 г. с жалобами на поносы, боли в животе, головокружение, боли в суставах, бессонницу и раздражительность. Болен с 1957 г., когда начали беспокоить слабость, головокружения, летучие боли в суставах. Тогда же появились поносы, чему, однако, ни больной, ни врачи значения не придали. Полиартралгия, недомогание были расценены как результат хронического тонзиллита, в связи с чем в 1958 г. больному сделана тонзиллэктомия. Состояние не улучшилось. Больного продолжали лечить по поводу неврастении, тиреотоксикоза, вегетоневроза, подозрения на дизентерию, полиартралгии и др. Дважды исследовался в инфекционном отделении, в противозобном, психоневрологическом диспансерах. Лечение эффекта не давало.

Желудочно-кишечный синдром, функциональные расстройства нервной системы, явления интоксикации дали основание предположить, что у Н. возможен лямблиоз.

Больному предложено исследоваться в районной больнице, но лямблии там не были обнаружены. 11/III больной направлен на исследование в 1 терапевтическое отделение Таллинской республиканской больницы. 14/III в желчи обнаружены лямблии. Подробное исследование позволило поставить следующий диагноз: лямблиоз, дуодено-энтерит, функциональное нарушение деятельности поджелудочной железы, невроз типа неврастении. После комплексного противолямблиозного лечения больной выписан в хорошем состоянии.

Т., 30 лет, обратился 6/II 1959 г. с жалобами на головные боли, вялость, недомогание, нервозность. Считает себя больным несколько лет. В связи с периодически повышающимся АД и экземой области половых органов демобилизован из армии. Наличие у больного экземы заставило поинтересоваться состоянием его пищеварительного тракта, однако никаких желудочно-кишечных жалоб Т. не предъявлял.

Больной депрессивен, мрачно настроен. Легкие, сердце — без отклонений от нормы. АД — 150/90; 135/90. Определяются напряжение области желчного пузыря и болезненность эпигастрия. Печень и селезенка не увеличены.

Функциональные расстройства со стороны нервной и сердечно-сосудистой систем, экзема и болезненность живота заставили предположить лямблиоз. При первом же исследовании лямблии обнаружены во всех порциях желчи и в кале.

Больному назначено комплексное противолямблиозное лечение, после чего лямблии не были найдены. Самочувствие больного стало нормальным, жалоб не предъявляет.

Не всегда имеются все компоненты приведенного симптомокомплекса. Может не быть аллергических проявлений или, как это бывает на начальных этапах болезни, в клинической картине могут доминировать лишь функциональные расстройства нервной системы и т. п.

Предположительный диагноз лямблиоза поставлен нами до обнаружения паразитов у 80 больных из 126, у остальных 234 больных лямблиоз диагностирован другими врачами, причем и ими этот диагноз ставился зачастую по клиническим проявлениям.

Предположительный клинический диагноз должен, конечно, находить лабораторное подтверждение.

Нам удалось показать возможность обнаружения лямблий и при патогистологических исследованиях в трех удаленных желчных пузырях, трех червеобразных отростках, в тонком кишечнике, желчных путях и желчном пузыре больного, скончавшегося не от лямблиоза, но где последний был диагностирован при жизни как сопутствующее заболевание.

Анализ клинических наблюдений показывает, что лямблиоз в практике недооценивается. Нередко таких больных длительно лечат от хронического гастрита, неврастении, «невроза сердца», гипертиреоза, полиартралгии и др. При этом игнорирование возможности лямблиоза является частным проявлением недооценки паразитарных болезней системы пищеварения в возникновении функциональных расстройств нервной и сердечно-сосудистой систем вообще.

С другой стороны, обнаружение лямблий может и увести от правильного диагноза, когда за лямблиозом просматривают основную болезнь. Целесообразно поэтому во всех случаях обнаружения лямблий ставить два вопроса: а) является ли исследуемый их бессимптомным носителем или больным лямблиозом; б) если диагностируется лямблиоз, можно ли им объяснить всю симптоматику болезни или он лишь усугубляет какой-то другой патологический процесс.

Понимание принципиального отличия между лямблиозом и лямблионосительством важно для терапевтической тактики. Одно воздействие на паразитов может иметь смысл лишь при бессимптомном носительстве лямблий, там же, где речь идет о болезни, необходимо воздействие и на те условия, под влиянием которых и произошло «нарушение равновесия» («перемирия» — по Бэттнеру, 1950) между организмом, лямблиями и средой, приведшее к заболеванию.

Таким образом, этиологическая противолямблиозная терапия — только часть комплексного патогенетического лечения больного, включающего изменение среды кишечника путем ограничения углеводов и включения в пищу большего количества белков (Хегнер, 1924; Б. В. Глуховцев, 1935; Н. Б. Щупак, 1952 и др.), применение общеукрепляющей, симптоматической терапии, ликвидацию очагов инфекции, устранение функциональных расстройств нервной системы.

Что касается непосредственного воздействия на паразитов, то наилучшим противолямблиозным средством остается акрихин, который приводит после первого курса лечения к исчезновению лямблий в 80,3% случаев. В наших наблюдениях трехцикловое лечение не выявило преимуществ сравнительно с двухцикловым.

Не удалось нам найти и экспериментальных или клинических доказательств, откуда бы явствовалась необходимость акрихинотерапии больше чем двумя циклами — по 5 дней с перерывом в 5—7 дней.

Испробованный при лечении 12 больных рекомендуемый за рубежом при лямблиозе резохин привел к исчезновению лямблий лишь в одном случае. Предпринятая по нашей просьбе А. Е. Карапетяном (1960) проверка действия резохина в культуре

лямблий показала, что этот препарат в 100 раз менее активен, чем акрихин. Эти данные позволяют считать, что применение резохина при лямблиозе нецелесообразно.

В наших наблюдениях применение бниомицина или тетрациклина (без акрихина) к исчезновению лямблий не приводило. Более того, литературные данные свидетельствуют о том, что антибиотики могут способствовать размножению простейших, угнетая микробную флору, находящуюся в антагонистических отношениях к лямблиям (В. Г. Гнездилов, А. Ф. Тумка и А. М. Семенова, 1959; Гейер, 1959 и др.).

Возникающий в связи с этим вопрос о целесообразности применения при лямблиозе антибиотиков приобрел особое значение после того, как А. Е. Карапетян, получив культуру лямблий, доказал существование симбиотических отношений между лямблиями и дрожжеподобными грибами рода *Candida*.

Учитывая это наблюдение, мы попытались при упорном лямблиозе и обнаружении в желчи дрожжеподобных грибов применить акрихин с нистатином (по 500000 ед. 3—4 раза в день в течение 10—14 дней). Применение этого метода лечения у 20 больных, у которых до этого акрихинотерапия оказывалась неэффективной, показало, что у всех больных наступил выраженный положительный клинический эффект и перестали обнаруживаться лямблии. Повторное обследование в сроки свыше года 10 больных, прошедших это лечение, показало, что лямблии обнаружены лишь у одной больной. Даже этот сравнительно небольшой материал позволяет считать, что включение в комплекс терапии нистатина открывает новые возможности в лечении больных лямблиозом, у которых до этого один акрихин, новарсенол и др. оказывались неэффективными.

Нистатин следует, очевидно, назначать больным лямблиозом и тогда, когда встает необходимость применения акрихина с противомикробными антибиотиками. Назначение последних целесообразно только при предполагаемом совместном действии лямблий с микробами, как, например, при сочетании дизентерии и лямблиоза, энтероколитах, этиология которых может быть обусловлена «лямблиозно-бактериальным комплексом» и т. д. В обычных же («чистых») случаях лямблиоза применение антибиотиков нецелесообразно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Глуховцев Б. В. Тр. Ленинградского ин-та эпидемиол. и бактериол. им. Пастера, Л., 1935, т. II. — 2. Гнездилов В. Г., Тумка А. Ф., Семенов А. М. В кн.: Вопросы мед. паразитологии. Тр. ВМОЛА им. С. М. Кирова, Л., 1959, т. 105. — 3. Карапетян А. Е. и Эльштейн Н. В. В кн.: Сб. научн. раб. врачей Краснознаменного Балтийского флота, Таллин, 1960, вып. II. — 4. Карапетян А. Е. Мед. паразитол. и паразитарн. бол., 1960, 6. — 5. Лепявко А. Г. Врач. дело, 1959, 6. — 6. Расулев И. А. В кн.: Сб. науч. тр. Ташкентского мед. ин-та, 1957. — 7. Семенов А. М. Некоторые вопросы клиники и лечения лямблиоза, дисс., Л., 1955. — 8. Щупак Н. Б. Лямблиоз кишечных и желчных путей. Киев, 1952. — 9. Эльштейн Н. В. Клин. мед., 1957, 2; Вопросы клиники, диагностики и лечения лямблиоза. Дисс., Л. 1960. — 10. Böttner H. Med. Klinik., 1950, 32. — 11. Gaehlinger H. Acta Gastroenterol. Belgica, 1953, v. XVI, 3. — 12. Geyer E. Ztschr. inn. Med., 1959, 20. — 13. Goya I., Florescu I., Fekete T., Russe M. Viata medicala, Bucuresti, 1960, 9. — 14. Natieganu J. Probleme si lectiuni. Bucuresti, 1958, v. 11. — 15. Hegner R. W. JAMA, 1924, 1.

Поступила 29 января 1962 г.

КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПЕЧЕНОЧНОЙ ФОРМЫ ЛЯМБЛИОЗА У ДЕТЕЙ

И. Д. Асс

Кафедра педиатрии (зав. — проф. С. М. Бендерская) Украинского института усовершенствования врачей (Харьков)

В последние годы значительно возрос интерес к изучению роли лямблий в этиологии заболеваний желудочно-кишечного тракта.

В то время как одни авторы утверждают, что лямблии являются лишь сапрофитами (И. А. Расулев, 1957; А. И. Авенирова, 1958, 1961), многие исследователи и в последнее время (М. С. Маслов, 1957; А. Ф. Смышляева, 1957; Л. А. Никитенко, 1958; А. Г. Лепявко, 1959; Гартман и Франклин, 1956; Кортнер, 1959; Небстер, 1960; Фрумузан, 1961) считают, что лямблии могут вызвать значительные расстройства со стороны органов пищеварения, вегетативной и центральной нервной систем, кровеносного аппарата, вызывают гиповитаминоз «А» и «В», аллергические реакции, явления нерезко выраженного гипертиреоза, синдром цилиакии.