

В.В. Захлебаєва, Н.І. Ільїна, М.Д. Чемич

ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ ОПІСТОРХОЗУ

*Державний університет, медичний інститут
Обласна інфекційна клінічна лікарня ім. З.Й. Красовицького, м. Суми*

Проблема опісторхозу є соціально значимою для багатьох регіонів України. Щорічно реєструються сотні випадків цієї інвазії з відсутністю тенденції до зниження захворювання. Медична проблема опісторхозу пов'язана із його значним розповсюдженням, високим відсотком хронізації, можливістю розвитку жовчнокам'яної хвороби та раку печінки.

У Сумській області знаходиться найбільший в Україні природний осередок опісторхозу. Захворюваність населення складає 22,3 на 100 тис. населення (в Україні – 1,32). Тому лікування цієї інвазії є одним з першочергових завдань інфекційної служби області. З 1989 року при Сумській обласній інфекційній лікарні відкритий обласний центр по лікуванню опісторхозу. За останнє десятиріччя проведено лікування понад 300 хворих.

Лікування проводилось поетапно: підготовча терапія – дегельмінтизація – продовження комплексного лікування – диспансерний облік та клінічна реабілітація.

Мета підготовчого етапу - лікування запальних процесів у гепатобіліарній системі та шлунково-кишковому тракту, корекція алергічного синдрому, забезпечення адекватного відтоку жовчі. Хворим призначались дієта № 5, гепатопротектори, спазмолітики, імуномодулятори, тюбажі з мінеральною водою або сорбітом, а також магнітотерапія на область печінки, за відсутності протипоказань ГБО. За показаннями проводиться антибіотикотерапія. Показана фізіотерапія - магнітотерапія, електрофорез із сульфатом магнію, новокаїном. Тривалість та об'єм підготовчої терапії визначались індивідуально в залежності від фази інвазії, тяжкості хвороби, клінічної форми та індивідуальних особливостей хворого (наявність супутніх захворювань). Середня тривалість

цього етапу 10-14 днів при субклінічних формах та 2-3 тижні при клінічно вираженому опісторхозі. Об'єм призначених препаратів розширювався згідно клінічних показань.

Другий етап лікування – етіотропна терапія. Дегельмінтизація призначалась після нормалізації функцій гепатобіліарної системи. З цією метою нами застосовувався празиквантель (більтрицид), похідний ізохіноліну. Це високоефективний антигельмінтик широкого спектру дії. Механізм дії празиквантелю полягає у підвищенні проникності клітинних мембран паразитів для іонів кальцію, що призводить до спастичних паралічів м'язів гельмінта, в зв'язку з чим він відокремлюється від стінки холангіол і евакуюється з жовчю. Препарат призначається у дозі 40-75 мг/кг маси тіла хворого у три прийоми з інтервалом 4 години (після їжі). При прийомі даного препарату можливі побічні реакції: біль у животі, головний біль, запаморочення, слабкість, відчуття легкого сп'яніння, нудота, гіркота у роті, алергічні висипання. Для попередження цих явищ необхідно проводиться дезінтоксикаційна терапія (внутрішньовенне введення 5% розчину глюкози тощо). На другий день після прийому препарату призначаються сліпе зондування з сорбітом або мінеральною водою.

На третьому етапі лікування продовжується патогенетична терапія у повному обсязі протягом 1-2 тижнів. У подальшому рекомендується дотримуватися дієти з виключенням алкогольних напоїв на 1 міс., прийом відварів жовчогінних трав (3-6 міс.), тюбажи з сорбітом спочатку 2-3 рази на тиждень (1-1,5 міс.), а далі 1-2 рази до 3-6 місяців, обмеження фізичних навантажень протягом місяця, корекція дисбактеріозу. Диспансерний нагляд хворих проводиться протягом 1 року з контрольним обстеженням через 3, 6 і 12 місяців після дегельмінтизації.

Багаторічний досвід лікування опісторхозу доводить ефективність етапного принципу в лікуванні опісторхозу.

Захлабаева, В.В. Основні принципи лікування опісторхозу [Текст] / В.В. Захлабаева, Н.І. Ільїна, М.Д. Чемич // Фармакотерапія і профілактика інфекційних та паразитарних хвороб: матеріали Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції інфекціоністів (жовтень 2014 р.). – Тернопіль: Укрмедкнига, 2014. – С. 88-89.