Р О С С И Й С К А Я Ф Е Д Е Р А Ц И Я

Министерство здравоохранения Забайкальского края

Государственное учреждение здравоохранения

КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА

Коханского ул., д. 7, г. Чита, 672038 тел. 31-43-23, факс (302-2) 31-43-24

Е-mail: okboffice@mail.ru

№\_\_315-0\_\_\_\_ «25» 11 2014 г.

Утверждаю

Главный врач ККБ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Шальнев В.А.

***Информационное письмо***

**Диагностика и лечение лямблиоза**

Доцент кафедры госпитальной терапии и эндокринологии ЧГМА,

к.м.н. Е.И. Маякова

Ассистент кафедры госпитальной терапии и эндокринологии ЧГМА,

к.м.н. Н.А. Митин

Главный внештатный гастроэнтеролог МЗ ЗК,

зав.гастроэнтерологическим отделением ККБ Л.В. Федорова

Врач гастроэнтерологического отделения ККБ Н.А. Жилина

Врач гастроэнтерологического отделения ККБ В.С. Шеломенцева

Врач гастроэнтерологического отделения ККБ Е.А. Туруло

**Лямблиоз** - распространенная кишечная инфекция (протозойная инвазия), вызываемая у человека одноклеточным паразитом лямблией, обитающей в организме человека в просвете тонкой кишки.

Этот возбудитель впервые обнаружил в фекалиях человека с диареей и описал А.В. Левенгук в 1681г. Затем эти простейшие были подробно изучены и описаны в 1859г. Д.Ф. Лямблем, в честь которого они и были названы.

Возбудителем лямблиоза у человека является Lamblia intestinalis, относящаяся к типу простейших, классу жгутиковых. В англо-американской литературе лямблии называют иначе — Giardia intestinalis или Giardia lamblia.

Классификация лямблий до конца не сформирована. В настоящее время, кроме *L. intestinalis,* выделяют также *L. muris* и *L. agilis*, а среди *L. Intestinalis* выделяют 7 подтипов.

**Этиология, патогенез.**

В организме человека и животных лямблии имеют две формы существования — вегетативную (трофозоит) и в виде спор (цист). Их вегетативные формы обитают обычно в верхних отделах тонкого кишечника (двенадцатиперстная кишка и начальный отдел тощей кишки), при попадании в толстую кишку они превращаются в цисты (споровая форма), которые с испражнениями выделяются во внешнюю среду. Вегетативные формы размером 10–18 х 8–10 мкм имеют своеобразную форму, грушевидную в сагитальной проекции и ковшеобразную – в боковой. Лямблии имеют два крупных ядра и 4 пары жгутиков, а уплощенная вентральная поверхность микрорганизма покрыта жесткой кутикулой с отогнутыми краями, которые обеспечивают фиксацию и плотное прилегание лямблии к поверхности энтероцита. Цисты размером 8–12 х 7–10 мкм имеют овальную форму.

Основная зона обитания лямблий в организме человека – проксимальные отделы тонкой кишки. Ранее предполагаемое обитание лямблий в желчевыводящих путях в настоящее время признается невозможным, так как концентрированная желчь оказывает на них губительное действие. Фиксируясь на поверхности энтероцитов, они получают питательные вещества, находящиеся в просвете кишки, на поверхности клеток, к которым прикрепляются, и из пространства между микроворсинками щеточной каймы. При этом избыток углеводов в пище, потребляемой хозяином, стимулирует рост лямблий, а преобладание белков – несколько тормозит, причем голодание также несколько снижает численность популяции лямблий в кишечнике.

Схематически патогенез можно представить следующим образом:

I. Внедрение лямблий в глубину ткани кишечной стенки и непосредственное цитопатическое воздействие метаболитов паразита приводят к развитию воспалительного процесса.

II. В слизистой двенадцатиперстной и тощей кишки наблюдаются субатрофические и тотально-атрофические изменения. При этом происходит повреждение щеточной каймы эпителия слизистой кишечника, что приводит к развитию синдрома мальабсорбции.

III. С нарушением процессов всасывания дисахаридов, витаминов, жиров снижается выработка ферментов кишечных секретов: энтерокиназы, щелочной фосфатазы, дисахаридазы, лактазы и др., что ведет к развитию вторичной ферментопатии и нарушению процессов пищеварения.

IV. Нарушается связывание желчных кислот, появляются их токсические метаболиты, что служит одним из механизмов кожного зуда, а также моторных расстройств желудочно-кишечного тракта, особенно желчевыводящих путей.

V. Снижение выработки IgА, истощение системы иммунной защиты слизистых, что ведет к хронизации процессов в желудочно-кишечном тракте.

VI. В результате длительной персистенции лямблий в организме, накопления продуктов дисметаболизма, в том числе за счет субстанций распада жизнедеятельности простейших, особенно при сниженной иммунной защите, способной ограничить их размножение, формируется синдром хронической эндогенной интоксикации, приводящий к повреждению практически всех органов и систем организма.

VII. Развитие энтерита связывают с непосредственным цитопатическим действием метаболитов лямблий. Активация мигрирующих малых Т-лимфоцитов в слизистой кишки, продукция секреторных иммуноглобулинов А и Е, образование иммунных комплексов играют существенную роль в патогенезе заболевания. Иммунные комплексы активируют тучные клетки, выделяющие серотонин, гистамин, вазоактивный кишечный полипептид. Последний, увеличивая продукцию циклического аденозинмонофосфата, форсирует ток жидкости и хлоридов в просвет кишки. Повышенная продукция простагландина Е, нарушение регуляции образования пептидных гормонов: секретина, холецистокинина и панкреазимина обусловливают нарушение двигательной функции кишечника, желчного пузыря и протоков, способствуя неустойчивому стулу, холестазу. Активированные антигенами паразита Т-лимфоциты оказывают цитопатическое действие на эпителий, стимулируют пролиферацию кишечного эпителия в криптах, повышенное слизеобразование бокаловидными клетками. В случае длительного течения инвазии это приводит к дистрофическим изменениям в стенке кишечника.

В процессе своей жизнедеятельности вегетативные формы лямблий постепенно спускаются в дистальные отделы кишечника, где образуют цисты и в таком виде выводятся из организма. Процесс образования цист занимает около 10–12 часов. Циста является не только формой защиты лямблии от неблагоприятных факторов внешней среды – в ней происходит подготовка к продольному делению, в процессе которого происходит удвоение органоидов простейшего. Вновь попав в кишечник человека или животного, из цисты в течение 10–15 минут образуется два трофозоита (вегетативные формы лямблий), которые в дальнейшем способны к самостоятельному размножению путем бинарного деления.

Основным источником лямблиозной инвазии для здорового человека является человек с лямблиозом, однако им могут быть и некоторые домашние и дикие животные (кошки, собаки, мышевидные грызуны). От больного ребенка в сутки с каловыми массами выделяется до 900 млн. цист возбудителя, в то время как заражающая доза составляет всего 8-10 цист.

Механизм передачи инвазии – фекально–оральный, а пути распространения – водный (чаще всего), контактно–бытовой, пищевой. Употребление воды, обработанной с помощью бытовых водяных фильтров, не гарантирует защиту организма от лямблий. Это связано с тем, что размеры пор сорбентов, используемых в фильтрах, больше размера цист лямблий.

Следует отметить, что в окружающей среде цисты лямблий хорошо сохраняются, особенно при температуре +2–6°С и относительной влажности воздуха 80–100%. В песчаной почве цисты сохраняют жизнеспособность в течение 9–12 суток, в черноземе – 9–75 суток, в проточной воде – в течение 35–86 суток (при температуре от +4°С до +20°С), в сточных водах – до 120 дней, на различных поверхностях – до 20 дней, в молочных продуктах – до 112 дней. Кипячение и замораживание (до –13°С и ниже) приводят к их гибели. Отношение к большинству дезинфицирующих растворов такое же, как у цист амеб. Водные растворы лизола и нафтализола 5%-ной концентрации убивают их в фекалиях через 30 мин, 2%-ный раствор лизола — в течение 1 ч. Пищевой уксус (9%-ная уксусная кислота), даже разведенный пополам с водой, убивает цисты в течение 5—10 мин. Они устойчивы к хлору — 5%-ный водный раствор хлорамина не оказывает губительного действия на цисты лямблий. Однако при дозе активного хлора 30 мг/л через 3 ч погибает 62 % цист лямблий.

В связи с особенностью жизненного цикла лямблий, путей передачи лямблиозной инвазии и высокой стойкостью цист в окружающей среде для лямблиоза характерны эпидемические вспышки, порой значительные, в связи с массивным заражением питьевой воды или продуктов питания, а также внутрисемейное заражение паразитом.

**Клиника.**

Клиника лямблиоза весьма разнообразна и неспецифична. Тяжелые случаи заболевания с летальным исходом не наблюдаются даже без лечения.

Согласно *классификации ВОЗ* выделяют:

1.  лямблионосительство (бессимптомный лямблиоз);

2. лямблиоз (клинически выраженная форма), который проявляется, преимущественно, в виде:

- кишечной формы

- гепатобилиарной формы

- лямблиоза как сопутствующего заболевания.

Клинически выраженная инвазия у взрослых имеет острое и хроническое течение:

- первичная инфекция с диареей (острый лямблиоз), проявляется клиническими и лабораторными признаками нарушения всасывания в пищеварительном тракте. Течение этой формы лямблиоза кратковременное (ограничивается 5—7 днями), обычно происходит быстрое самостоятельное купирование болезни в течение 1—4 недель, и она легко поддается лечению;

- затяжное рецидивирующее течение (хронический лямблиоз), встречается чаще всего у больных с нарушением резистентности слизистой кишечника специфической или неспецифической природы. В целом для клинической картины хронического лямблиоза характерен волнообразный характер с периодами нарастания и стихания гастроэнтерологической симптоматики, хотя нарушения нутритивного статуса, интоксикация и аллергические проявления могут нарастать. В анализах крови часто наблюдается эозинофилия, лимфоцитоз, а по мере прогрессирования заболевания нередко наблюдается гипохромная анемия.

*Периоды течения заболевания:*

1. *Инкубационный период -* продолжается 10-15 дней. Паразиты начинают выделяться через 9 дней после инфицирования.

2. *Период острых клинических проявлений –* может отсутствовать.

3. *Период хронизации*

4. *Период реконвалесценции.*

В клинической картине лямблиоза выделяют следующие формы: кишечную, гепатобилиарную, астеноневротическую, токсико-аллергическую, анемическую, ревматоидную, смешанную и бессимптомную. В большей степени изучена клиника трех первых форм.  
1. Лямблиоз с гастроэнтероколитическим синдромом (кишечная форма) – характерно наличие умеренных болей в подложечной области колющего или режущего характера, тошнота, снижение аппетита, неустойчивый стул (смена запоров и поносов), снижение трудоспособности. В клинической картине преобладают моторно-кинетические нарушения кишечника и желудка. Кишечная форма характеризуется явлениями дуоденита, еюнита или энтероколита. Сюда же можно отнести в качестве самостоятельной желудочную или гастродуоденальную форму лямблиоза, протекающую при явлениях анацидного, гипацидного гастрита. Кишечные формы лямблиоза могут симулировать острый или хронический аппендицит, а также проявляться симптомами язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Описана также отечная форма лямблиоза кишечника с резким похуданием, общей слабостью, анемией, гипопротеинемией и явлениями поливитаминной недостаточности.

2. Лямблиоз с холецистопанкреатическим синдромом (гепатобиллиарная форма) – характерны боли в правом и/или левом подреберье, в эпигастральной области, реже беспокоят боли вокруг пупка, возникающие после погрешности в диете, горечь и сухость во рту, тошнота, реже рвота неустойчивый стул, снижение аппетита. Клиническая картина обусловлена наличием функциональных нарушений билиарного тракта. Печеночная форма дает клиническую картину холецистита, гепатохолецистита или холангита. В патогенезе лямблиозных холециститов, главную роль играют отраженные нервнорефлекторные воздействия, так как в самом желчном пузыре лямблии обнаруживаются редко.

3. Лямблиоз с астеническим синдромом (астеноневротическая форма) – сопровождается слабостью, головной болью, головокружением, снижением трудоспособности. Болевой синдром и диспепсические расстройства или умеренные, или отсутствуют. Для лямблиоза характерна различной степени выраженности интоксикация, особой чертой которой является угнетенное, депрессивное состояние пациента. Не случайно Д.Ф. Лямбль называл открытый им микроорганизм «паразитом тоски и печали». Возможны также раздражительность, пласксивость, субфебрилитет.

4. Смешанная форма лямблиоза – включает несколько симптомокомплексов.

У некоторых пациентов перечисленные синдромы сочетаются с различными аллергическими реакциями в виде непереносимости пищевых веществ и/или лекарств, дерматитами, бронхообструктивным синдромом, эозинофилией крови.

**Диагностика.**

Диагноз лямблиоза обязательно должен быть подтвержден результатами лабораторного паразитологического исследования.

Вегетативные формы лямблий обнаруживаются в дуоденальном содержимом и жидких испражнениях, цистированные формы —  в нативных фекалиях в течение 2-х часов после сбора анализа. По истечении этого времени  цисты лямблий изменяют свою форму, а трофозоиты теряют подвижность. Исследование дуоденального содержимого не дает особых преимуществ перед исследованием кала. Для повышения эффективности диагностики при наличии показаний следует проводить многократные исследования проб кала — от 2—3 до 6—7 раз с интервалами в 1—2 дня.

Одним из современных методов, обладающих высоким диагностическим потенциалом, является метод копроиммунодиагностики лямблиоза, который выявляет в водных экстрактах фекалий специфический антиген лямблий GSA-65. Этот копроантиген представляет собой молекулу гликопротеина, продуцируемого простейшим в кишечнике хозяина. Копроантиген выявляется тест-системой как в «немые периоды» (когда численность паразитов в кишечнике ниже порога паразитологического метода), так и в прелатентный период. Это обеспечивает раннюю диагностику лямблиоза и снижает долю ложноотрицательных результатов. После удаления паразита антиген GSA-65 исчезает в течение 2 недель. Эффективность метода высокая: чувствительность и специфичность — 98%.

В литературе приводятся разноречивые данные о значимости серологического метода диагностики лямблиоза. Выявление антител различных классов в сыворотке крови к антигенам лямблий является косвенным методом лабораторной диагностики лямблиоза, поэтому может использоваться как дополнительный диагностический метод. Иммуноферментный анализ  основан  на обнаружении в крови инвазированного антител, специфичных к антигенам лямблий. Уровень таких антител, относящихся к иммуноглобулинам классов М (Ig M), A (Ig A), G (Ig G), зависит от особенностей иммунной системы хозяина, интенсивности инвазии, формы течения заболевания и ряда других факторов.

Установлено, что антитела к антигенам Ciardia lamblia присутствуют в крови и секретах человека практически на всех стадиях заболевания. Ранние антитела (Ig M) появляются на 10-14 день после начала инвазии. Затем появляются специфические Ig G, концентрация которых через 1-2 месяца после полной элиминации паразита в крови человека резко снижается.

Серологические исследования при лямблиозе используют в т.ч. и для эпидемиологических целей, т.к. специфические антитела выявляются при манифестной и бессимптомной инфекции у лиц в разгаре болезни или перенесших болезнь в недавнем прошлом.

Результаты определения антител к G. lamblia используют для диагностики стадий лямблиоза на основании следующих показателей:

1) острый лямблиоз — выявляются только специфические Ig M;

2) начало стадии реконвалесценции острого лямблиоза либо обострение хронического лямблиоза — обнаруживаются как суммарные антитела (Ig A, M, G), так и Ig M;

3) хронический лямблиоз или постинфекция — обнаруживаются только суммарные иммуноглобулины (Ig A, M, G), которые, как известно, могут сохраняться до 6-9 месяцев после излечения с постепенным снижением титров. Наличие суммарных иммуноглобулинов (Ig A, M, G) расценивается как показатель хронической персистирующей лямблиозной инфекции.

Согласно МУ 3.2.1882-04 от 3 марта 2004г. показанием к обследованию на лямблиоз являются:

- диарея неустановленной этиологии;

- хронические заболевания желудочно-кишечного тракта;

- дисбиоз кишечника;

- гипотрофия, отставание в физическом развитии;

- дерматиты, крапивницы, экземы, нейродерматиты;

- иммунодефицитные состояния;

- обструктивные бронхиты, бронхиальная астма;

- аллергия неустановленной этиологии;

- контактные с больным (паразитоносителем) лямблиозом.

**Лечение.**

Цель лечения — эрадикация паразита, устранение клинических проявлений заболевания. На фоне применения противолямблиозных препаратов (обычно на 2-3 день терапии) при массивной инвазии возможно ухудшение состояния, усиление болей в животе, обострение аллергических заболеваний. Эти проявления не требуют отмены начатой  терапии.

*Диета* – зависит от формы заболевания. При наличии функциональных нарушений билиарного тракта – диета с низким содержанием жира, исключение жареных, острых кислых продуктов. При наличии запоров – диета с большим содержанием пищевых волокон. При наличии диареи – в рацион питания включаются продукты богатые пектинами. При наличии аллергических реакций – гипоаллергенная диета.

*Специфическая противолямблиозная терапия* предполагает использование препаратов различных групп:

- Группа нитроимидазолов (метронидазол, тинидазол, албендазол, орнидазол, ниридазол);

- Производные нитрофуранов (нифуратель, фуразолидон);

- Препараты, содержащие акридин (мепакрин квинаркин), которые из-за высокой токсичности в педиатрической практике не используются.

При выборе противолямблиозного препарата руководствуются следующими принципами: препарат должен обладать высокой противолямблиозной активностью, хорошей переносимостью, быть безопасным и обладать минимумом побочных эффектов.

*Метронидазол.*При лямблиозе известны две основные схемы применения метронидазола: 1) назначается в дозе 400 мг 3 раза в сутки в течение 5 суток; 2) применяется в течение 10 дней, при этом суточная доза для взрослых составляет 500 мг, для детей — из расчета 5 мг на 1 кг массы тела 3 раза в день (максимальная суточная доза для детей до 10 лет -300 мг). В настоящее время не может рассматриваться как препарат выбора ввиду развития к нему устойчивости.

*Тинидазол -* является производным имидазола, имеющим структурное сходство с метронидазолом. Взрослым назначают либо довольно длительный курс — по 0,15 г 2 раза в сутки в течение 7 суток, либо используют краткую одно­дневную схему лечения: 50 мг/кг 1 раз в сутки. В целом тинидазол переносится не­сколько лучше, чем метронидазол, но имеет сходные с ним побочные эффекты. Для лечения детей в возрасте до 5 лет тинидазол не рекомендуется. Недостаточная противолямблиозная активность.

*Альбендазол* (син. Немозол) и его метаболиты проникают в разные участки трофозоитов лямблий. Албендазол обладает широким спектром антигельминтной активности, является единственным препаратом, влияющим на все стадии развития гельминтов (яйца, личинки, взрослые особи). В исследованиях in vitro показано, что албендазол в 30-50 раз активнее метронидазола и тинидазола в отношении лямблий. Стандартная дозировка албендазола при лечении лямблиоза у детей старшего возраста и взрослых составляет 400 мг в сутки в течение 5 дней, доза у детей старше 2-х лет составляет 15 мг/кг массы в сутки в течение 5-7 дней. Албендазол эффективен при лечении резистентных к метронидазолу штаммов лямблий.

Орнидазол(син. Тиберал, Гайро) — сходный с метронидазолом препарат. Взрослым и детям с массой более 35 кг — 3 таблетки однократно вечером. Детям с массой до 35 кг препарат назначается из расчета 40 мг/кг массы тела однократно. При острых формах лямблиоза проводят один курс лечения орнидазолом. Через 7-10 дней курс лечения орнидазолом желательно повторить. Эффективность лечения данным препаратом составляет 98-99%.

*Ниридазол* - препарат назначается орально в суточной дозе 25 мг/кг массы тела, в несколько приемов. Курс лечения составляет 5-7 дней, в редких случаях его продлевают до 10 дней.

*Фуразолидон*. Взрослым назначают 0,1 г 4 раза в сутки, детям — из расчета 10 мг/кг массы тела, суточную дозу дают в 3 приема. Курс лечения — 7 дней. Фуразолидон относится к первому поколению противолямблиозных препаратов – малоэффективен.

*Макмирор* **-** производное 5-нитрофурана. Нифуратель в последнее время все шире применяется для лечения лямблиоза у детей и взрослых, поскольку полностью соответствует высоким требованиям по эффективности и безопасности, предъявляемым к такого рода препаратам. В отличие от других производных нитрофурана, нифу­ратель содержит тиоэфирную группу (SCH), благодаря которой существенно расширя­ется спектр противомикробного и противопротозойного действия препарата и повыша­ется его эффективность. Для лечения лямблиоза назначается: взрослым — по 400 мг 2-3 раза в день в течение 7 дней, детям — из расчета 15 мг/кг массы тела 2 раза в сутки в течение 5-7 дней. Нифуратель малотоксичен, не имеет тератогенного и канцерогенного эффектов, что позволяет применять его для лечения детей и беременных. В качестве побочных эффектов в редких случаях может отмечаться ощущение дискомфорта в желудочно-кишечном тракте и редко — аллергические высыпания. Если же препарат оказался неэффективным, то возможно назначение повторного курса через 2-3 недели. Проведение повторного лечения в той же дозировке обеспечивает практи­чески 100% эффективность.

При выборе противолямблиозного препарата необходимо учитывать сопутствующую патологию у каждого пациента:

- при сопутствующих гастритах, гастродуоденитах, язвенной болезни, ассоциированных с Helicobacter pylori — метронидазол, нифуратель;

- при наличии заболеваний мочевыводящей системы (хронический пиелонефрит, цистит) целесообразно применение нифурателя или других нитрофурановых препаратов;

- при массивной пролиферации условно-патогенной флоры и дрожжевых грибов — нифуратель. Также показал свою эффективность интетрикс или хлорхинальдол, обладающие широким спектром активности в отношении бактерий, грибов и простейших. Также может быть рекомендовано назначение неадсорбирующихся антимикотических средств (нистатин, леворин,  пимафуцин) на фоне основной терапии;

- при лечении лямблиоза и санации кишечника при массивном заселении условно-патогенными простейшими у детей с атопическими дерматитами применяется орнидазол (Тиберал), который эффективен при лечении кишечных протозоозов и вызывает относительно небольшую частоту обострений кожного процесса.

- при лечении лямблиоза и сопутствующих гельминтозов рекомендуется альбендазол (Немозол).

При упорном лямблиозе рекомендуют следующие схемы терапии:  
- два цикла лечения разными препаратами;

- на фоне основной терапии назначают иммуностимулирующие препараты (ликопид, полиоксидоний и т.п.), про- , пребиотики.

При бессимптомном носительстве лямблий показаны гигиенический и диетический режим, фитопрепараты, тюбажи с холекинетиками. Проведение  специфического противолямблиозного лечения считается неоправданным.

*К****онтроль эффективности лечения*** *лямблиоза* проводят через 5 - 6   дней   после   лечения.   Критерии   эффективности   лечения:  три отрицательных   результата  копропротозооскопического  исследования  с интервалом 1 - 2 дня.

При обязательном назначении этиотропной терапии симптоматическая терапия проводится по показаниям в зависимости от симптоматологии заболевания:

1. Эубиотики (бифидумбактерин, лактобактерин и др.) назначаются при необходимости нормализации биоценоза кишечника в общепринятых дозировках.

2. Миотропные спазмолитики (дюспаталин, дицетел, метеоспазмил и др.) – при наличии моторно-кинетических нарушений билиарного тракта и/или кишечника.

3. Средства, обладающие энтеро- и газосорбционным действием (смекта, карболен, эспумизан и др.) – при наличии метеоризма, коликообразных болей.

4. Ферментотерапия (мезим-форте, панзинорм, креон, панцитрат и др.) – при наличии синдрома мальабсорбции.

По мнению ряда авторов, наиболее   эффективен   метод  трехэтапного  лечения  лямблиозной инвазии:  подготовительный  этап до 1 - 2 недель, этиотропное лечение, восстановление кишечной микрофлоры.

     Подготовка  к  лечению  направлена  на  уменьшение эндотоксикоза, повышение защитных сил макроорганизма и устранение явлений холестаза и моторных  изменений  пищеварительного  тракта.  Непременными условиями подготовительного   этапа   являются   обеспечение   хорошего  пассажа кишечного    содержимого    (ликвидации    запоров)    и    ритмичного желчеотделения.   На   этапе  подготовительного  лечения  используются спазмолитики (например: но-шпа, папаверин, галидор и др.), желчегонные препараты  (например:  раствор  сорбита  10%-ного,  холензим,  лиобил, аллохол,  фламин,  одестон,  галстена  и  др.),  послабляющие средства (например: раствор серно-кислой магнезии, кофеол, лактулоза и др.).

     Для этиотропной терапии назначаются препараты, которые эффективны в  отношении  патогенных  и  условно-патогенных простейших  -  например  макмирор,  метронидазол,  тинидазол, тиберал, фуразолидон, интетрикс, хлорхинальдол и др.

Третий   этап   восстановительного  лечения  включает  назначение средств,  восстанавливающих  кишечную микрофлору (особенно актуально в случае   кишечных   протозоозов).  Применяются  препараты,  содержащие бифидо-   и   лактобактерии,   лиофилизированные  и  живые  (например, бифидумбактерин-концентрат,  кисломолочный  бифидумбактерин,  линекс), бактисубтил,  флонивин,  энтерол,  дюфалак,  хилак  форте.

Таким образом, лямблиоз является широко распространенным паразитарным заболеванием с серьезными клиническими проявлениями. Лямблиоз следует иметь в виду в ходе дифференциальной диагностики многих заболеваний, в т.ч. при синдроме мальабсорбции, аллергических состояниях и болях в животе неясного происхождения. Лечение лямблиоза представляет определенные сложности в связи с устойчивостью лямблий, что обусловливает необходимость проведения комплексной терапии с использованием современных этиотропных средств.

**Литература:**

1. Авдюхина Т.И., Константинова Т.Н., Кучеря Т.В., Горбунова Ю.П. Лямблиоз. - М., 2003.– 32 с.
2. Инфекционные болезни: национальное руководство / Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. –1056 с.
3. Паразитарные болезни человека: Руководство для врачей / Под ред. В.П. Сергиева. – СПб: ООО «Издательство Фолиант», 2006. – Стр. 124 – 132.