

ОДОБРЕНО

Ученым советом Тюменского
НИИ краевой инфекционной
патологии
Протокол №
Директор института

Т.Ф.Степанова

УТВЕРЖДАЮ

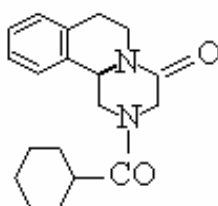
Заместитель начальника Глав-
ного управления здравоохра-
нения Тюменского облисполкома

А.А.Важенин

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

о применении препарата азинокса для лечения больных описторхозом

Азинокс – отечественный препарат из группы пиразинизохинолинов. Структурная формула:



Препарат не обладает запахом, горький на вкус, нерастворим в воде. Быстро всасывается. Выводится, главным образом, через почки в виде метаболитов в течение первых четырех дней.

Азинокс – аналог импортного препарата бильтрицид (ФРГ, фирма "Байер") обладает широким спектром антигельминтного действия. Препарат активен не только по действию на половозрелые, но и личиночные стадии гельминтов. Поэтому показан в острой, хронической фазах гельминтозов и при суперинвазиях. Он эффективен у больных, безуспешно леченных хлорсилом. Полное устранение инвазии после первого курса в острой фазе описторхоза составляет $88,6 \pm 4,1\%$, в хронической $95,8 \pm 0,4\%$.

Механизм действия препарата на гельминтов заключается в прямом нарушении катаболизма гликогена и ионной регуляции, в результате чего развивается контрактура мышц гельминта. Это приводит к тому, что они не могут фиксироваться к слизистой оболочке желчных протоков и кишечника. Отхождение паразитов происходит в первые часы после приёма азинокса.

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ

Азинокс назначают в курсовой дозе 40-75 мг/кг массы тела больного, которая делится на три приема с интервалом в четыре часа после лёгкого завтрака. При высокой интенсивности инвазии, выраженном аллергическом симптомокомплексе в клинической картине гельминтоза целесообразно проводить лечение в ночное время (например: 22-02-06 часов). При такой схеме назначения рекомендуется дуоденальное зондирование для эвакуации отходящих описторхов.

ПОБОЧНЫЕ ЯВЛЕНИЯ

В ближайшие часы после приема азинокса могут возникать побочные реакции: головная боль, головокружение, общая слабость, нарушение сна, чувство легкого опьянения и нарушение координации движения, тошнота, рвота и горечь во рту. Эти явления кратковременны и исчезают в течение суток. В первые две - три недели после лечения в части случаев отмечаются общая слабость, усиление болей в животе и диспептические проявления. Может повышаться температура тела, могут появляться высыпания на коже по типу крапивницы и одутловатость лица, повышаться уровень эозинофилов в крови и ухудшаться показатели функциональных тестов печени. Эти реакции обусловлены дополнительным антигенным воздействием в результате гибели гельминтов.

ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ И НАЗНАЧЕНИЯ АЗИНОКСА БОЛЬНЫМ ОПИСТОРХОЗОМ

Лечение больных описторхозом в острой фазе, клинически выраженных формах хронической фазы и при сопутствующих заболеваниях проводится в условиях стационара (терапевтических, гастроэнтерологических, детских соматических, инфекционных стационарах или участковых больницах). При неосложненных и субклинических формах болезни лечение может осуществляться в условиях дневного стационара.

Необходимый минимум лабораторных исследований перед лечением: общий анализ крови и биохимический анализ крови (общий билирубин и его фракции, АЛТ, ЩФ, тимоловая и сулемова пробы, проба Вельтмана), клинический анализ мочи, флюорография грудной клетки, осмотр гинеколога. По показаниям - исследования желудочного сока, рентгеноскопия желудка и кишечника, фиброгастроуденоскопия, ультразвуковое исследование печени, по возможности - билисцинтиграфия.

В день приема препарата (при лечении в дневном стационаре) больной освобождается от работы, связанной с управлением транспортными средствами и механизмами. Строго противопоказан прием алкоголя.

Должен соблюдаться принцип этапности: подготовительная патогенетическая терапия - назначение азинокса - продолжение комплексного лечения.

Основные задачи назначения патогенетической терапии: купирование воспаления в желчевыводящей системе и желудочно-кишечном тракте и нормализация функции этих органов (гепатопротекторы, дренаж желчевыводящих путей, по показаниям – противовоспалительные, желчегонные средства, спазмолитики, ферментные препараты, дренаж желчевыводящих путей, физиолечение и т.д.), гипосенсибилизирующее лечение (антигистаминные препараты), повышение общей резистентности организма (витаминотерапия, биостимуляторы).

Продолжительность подготовительной патогенетической терапии и объем назначаемых лекарственных препаратов зависит от фазы инвазии, тяжести болезни, клинической формы и индивидуальных особенностей больного (наличие сопутствующих заболеваний, переносимость лекарственных препаратов и др.)

В острой фазе болезни азинокс назначается с момента установления диагноза. В случаях тяжелого течения острого описторхоза, протекающего по гепатобилиарному варианту с выраженными явлениями холестаза, лечение необходимо проводить после нормализации функции желчевыводящей системы.

В хронической фазе подготовительная патогенетическая терапия проводится при субклиническом течении и в период ремиссии холангиохолецистита - 5-14 дней, при холангиогепатите - 2-3 недели. В случаях поражений пилорoduodenальной зоны по типу пилорoduodenального рефлюкса - назначение желчегонных препаратов противопоказано.

Частота и выраженность побочных реакций на азинокс снижается при удлинении сроков и расширении набора патогенетических средств лечения.

После лечения азиноксом рекомендуются проводить беззондовые дуоденальные зондирования через день в течение 1 - 2 недель, продолжать прием антигистаминных, желчегонных и спазмолитических препаратов в течение 1-2 недель, гепатопротекторов - 1 месяц и отваров желчегонных трав - 3-4 месяца.

Лечение детей следует проводить в условиях стационара. Курсовая доза азинокса 40-60 мг/кг массы тела. Подготовительное патогенетическое лечение гепатопротекторами, гипосенсибилизирующими и желчегонными препаратами проводится не менее 10-14 дней. После лечения азиноксом рекомендуется десенсибилизирующая терапия 7-10 дней, прием гепатопротекторами (эссенциале, легалон, карсил) и желчегонными препаратами (Лив-52, травы - бессмертник кукурузные рыльца) - 1 месяц, тюбажи с

сорбитом - 1 раз в 5-7 дней, отвар трав (зверобой, рябина, мята, душица, смородина, тысячелистник, пижма и др.) до 6 месяцев.

СРОКИ НАЗНАЧЕНИЯ АЗИНОКСА ПРИ СОЧЕТАНИИ ОПИСТОРХОЗА С ДРУГИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

С целью предупреждения формирования хронического бактерионосительства при брюшном тифе азинокс назначается в период ранней реконвалесценции. Хроническим носителям брюшнотифозной инфекции азинокс назначается по обычной схеме, а патогенетическая терапия – в зависимости от форм и тяжести течения описторхоза. Больным острой дизентерией в сочетании с описторхозом лечение азиноксом назначается в период клинического выздоровления (на 7-20 день нормальной температуры тела и на 7-16 день оформленного стула). При сочетании описторхоза с вирусным гепатитом следует учитывать этиологию, клинические форм и тяжесть течения как вирусного гепатита, так и описторхоза в решении сроков назначения азинокса – от 1 до 6 месяцев от начала заболевания.

Противопоказания к назначению азинокса в большинстве случаев относительные. Препарат противопоказан во время беременности и в период лактации, обострения хронических заболеваний различной этиологии, злокачественные новообразования, тяжелые заболеваниях почек и печени с резким нарушением функций этих органов.

КОНТРОЛЬ ЛЕЧЕНИЯ И ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Клинический контроль лечения включает: вышеуказанный лабораторный минимум; динамическое наблюдение объективного статуса больного.

Оценка паразитологической эффективности проводится не ранее чем через 3 месяца после лечения и дополнительно через 6 и 12 месяцев. Критериями устранения инвазии являются отрицательные результаты однократного исследования желчи и трехкратной копроовоскопии (метод Като) и двукратной (химико-седиментационный метод).

Диспансерное наблюдение больных описторхозом осуществляется в соответствии с приказом МЗ СССР №770 от 30.05.86 г. “О порядке проведения всеобщей диспансеризации”. Ко второй группе учета относятся больные после острой фазы и с субклиническим течением хронической фазы. К третьей или четвертой - больные с хронической фазой при клинически выраженных формах в зависимости от частоты обострений. После успешной специфической терапии подразделение больных по диспансерным группам определяется течением патологического процесса: больные с исходным субклиническим течением после лечения относятся ко второй группе; с сохранившимися клиническими проявлениями - к третьей или к четвертой, в зависимости от частоты обострений.

С целью предупреждения повторного заражения после лечения особое внимание должно уделяться гигиеническому воспитанию. Ведущим в рекомендациях должно быть четкое указание опасных для заражения видов рыб и методов обработки, гарантирующих обеззараживание рыбного продукта. Эта разъяснительная работа проводится с больными до лечения и в период диспансерного наблюдения.

Основные разработчики информационного письма: Тюменский НИИ краевой инфекционной патологии (исполнители Т.Ф.Степанова, Н.И.Скарედнов, А.Л.Шонин; при участии А.В.Доронина);

Институт медицинской паразитологии и тропической медицины им.Е.И.Марциновского МЗ СССР (исполнители Н.Н.Озерецковская, А.М.Бронштейн, С.Б.Парфенов).