

“СОГЛАСОВАНО”

Директор Тюменского  
научно-исследовательского  
института краевой инфек-  
ционной патологии

\_\_\_\_\_ В.А.Майер  
5 сентября 1988 г.

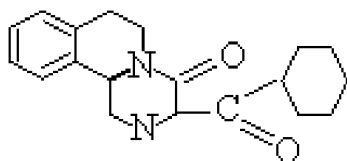
“УТВЕРЖДЕНО”

Заместитель заведующего  
отделом здравоохранения  
Тюменского облисполкома

\_\_\_\_\_ В.Н.Кретинин  
14 ноября 1988 г.  
исх.№ 2046

## ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

### о применении препарата “БИЛЬТРИЦИД” для лечения больных описторхозом



Бильтрицид (празиквантель) - из группы пиазинизохинолинов. Препарат не обладает запахом, горький на вкус, нерастворим в воде. Быстро всасывается, максимальная его концентрация в сыворотке крови наблюдается через 1-2 часа после приема, при этом - наиболее высокая - в системе портальной вены. Выводится, главным образом, через почки в виде метаболитов в течение первых четырех дней.

Бильтрицид обладает высоким паразитоцидным эффектом, быстро действует на описторхов: гельминты отходят через 2-3 часа после приема препарата. Активен в действии на личиночные стадии гельминта, то есть в ранние сроки острой фазы и при суперинвазии. Он эффективен у больных, безуспешно леченных хлорсилом. Бильтрицид высоко активен при других трематодозах, цестодозах, поэтому показан при лечении сочетанных гельминтозов.

Механизм действия на гельминтов заключается в прямом нарушении катаболизма гликогена и ионной регуляции, в результате чего развивается контрактура мышц гельминта и наблюдается его открепление от слизистой холангиол.

Бильтрицид назначают в курсовой дозе 40-75 мг/кг массы тела больного. Доза делится на три приема в течение суток с интервалом в четыре часа после еды. Препарат можно назначать днем или ночью (например: 22-02-06 часов). Больным с высокой интенсивностью инвазии и с отягощенным аллергологическим анамнезом бильтрицид целесообразно назначать ночью и через 2 - 2,5 часа после приема последней дозы проводить дуоденальное зондирование для эвакуации мертвых описторхов.

При приеме препарата в ближайшие часы могут возникать побочные реакции: головная боль, головокружение, слабость, чувство легкого опьянения, нарушение координации, расстройство сна, тошнота, горечь во рту и иногда рвота. В большинстве случаев побочные реакции кратковременны и исчезают в течение суток. В первые две - три недели после лечения в части случаев больные отмечают общую слабость, усиление болей в животе и диспептических проявлений. Может повышаться температура тела, появляться эозинофилия и ухудшение показателей функциональных проб печени, появляться высыпания на коже по типу крапивницы, одутловатость лица (чаще у больных с отягощенным аллергологическим анамнезом). Эти симптомы обусловлены дополнительным антигенным воздействием в результате гибели гельминтов.

Лечение больных описторхозом в острой фазе, клинически выраженном течении хронической фазы и при сопутствующих заболеваниях должно проводиться в условиях стационара (терапевтических, гастроэнтерологических, детских соматических, инфекционных стационарах или участковых больницах). При не осложненном течении описторхоза лечение больных может осуществляться в условиях дневного стационара.

Необходимый минимум лабораторных исследований перед назначением лечения: общий анализ крови, мочи, общий билирубин, его фракции, АЛТ, ЩФ, тимоловая

и сулемовая пробы, ЭКГ, флюорография грудной клетки, осмотр гинеколога. По показаниям - исследования желудочного сока, рентгеноскопия желудка и кишечника, фиброгастродуоденоскопия, ультразвуковое исследование печени, по возможности, динамическая билисцинтиграфия.

В день приема препарата больной освобождается от работы, связанной с управлением транспортными средствами и механизмами. Строго противопоказан прием алкоголя.

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

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

Продолжительность подготовительной патогенетической терапии и объем назначаемых лекарственных препаратов зависит от фазы инвазии, тяжести болезни, клинической формы и определяется в зависимости от состояния конкретного больного (учитывается наличие сопутствующих заболеваний, непереносимость лекарственных препаратов и др.)

В острой фазе бильтрицид 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, в период ремиссии холангиохолецистита - 5-14 дней, при холангиогепатите - 2-3 недели. При наличии у больных поражений пилорoduodenальной зоны в виде пилорoduodenального рефлюкса - назначение желчегонных препаратов противопоказано.

Частота и выраженность побочных реакций снижается при удлинении сроков и расширении объема патогенетических средств.

После лечения бильтрицидом рекомендуются беззондовые дуоденальные зондирования через день в течение 2 недель, прием антигистаминных, желчегонных, спазмолитиков в течение 1-2 недель, гепатопротекторов - 1 месяц и отвара желчегонных трав - 3-4 месяца.

С целью предупреждения формирования хронического бактерионосительства при брюшном тифе бильтрицид назначается в период ранней реконвалесценции. Хроническим носителям брюшнотифозной инфекции бильтрицид назначается по схеме лечения больных хроническим описторхозом. Больным острой дизентерией в сочетании с описторхозом лечение проводят в период клинического выздоровления (на 7-20 день нормальной температуры тела и на 7-16 день оформленного стула). Назначение бильтрицида больным с сочетанным вирусным гепатитом следует проводить дифференцированно с учетом этиологии, клинических форм и тяжести течения как вирусного гепатита, так и хронического описторхоза в сроки от 1 до 6 месяцев от начала заболевания.

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

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

Клинический контроль лечения: 1) вышеуказанный лабораторный минимум; 2) динамика объективного статуса.

**Противопоказания** к назначению бильтрицида в большинстве случаев относительные. Препарат противопоказан во время беременности и в период лактации, обострения хронических заболеваний, при лихорадочных заболеваниях различной этиологии, злокачественных новообразованиях, тяжелых заболеваниях почек и печени с резким нарушением функций органов.

**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 или трехкратной копроовоскопии.

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 четвертой, в зависимости от частоты обострений.

С целью предупреждения повторного заражения особое внимание должно уделяться гигиеническому воспитанию. Ведущим в рекомендациях должно быть четкое изложение методов обработки рыбы, гарантирующих ее обеззараживание. Эта работа проводится перед лечением, в ходе и в период диспансерного наблюдения.

Основные разработчики информационного письма: Тюменский НИИ краевой инфекционной патологии МЗ СССР, Институт медицинской паразитологии и тропической медицины им.Е.И.Марциновского МЗ СССР.

Исполнители от ТНИИКИП - Т.Ф.Степанова, А.В.Доронин, Н.И.Скарედнов, В.А.Майер; при участии А.Ю.Помигалова, А.Л.Шолина, В.А.Золотухина.

Исполнители от ИМПитМ им.Марциновского - Н.Н.Озерецковская, А.М.Бронштейн, С.Б.Парфенов.

Соисполнители: от Тюменского мединститута - А.В.Моисеенко, В.А.Савин, В.А.Налобин, Томского - А.В.Лепехин, Н.С.Бужак, А.П.Помогаева, Омского - Л.А.Кривцова, Н.М.Левахина, Тюменской областной клинической больницы - Н.В.Рудакова, Л.И.Лиханова.