Лямблиоз у детей и взрослых

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: A07.1 · Национальная ассоциация специалистов по инфекционным болезням имени академика В. И. Покровского (НАСИБ)

Лямблиоз — кишечный протозооз, вызванный Lamblia intestinalis/Giardia intestinalis, с вариантами от бессимптомного носительства до манифестного поражения тонкой кишки. Главное в рекомендации — подтверждать диагноз прямой микроскопией, лечить только подтверждённые случаи и контролировать эрадикацию повторными исследованиями кала.

Главное

- Код МКБ-10: A07.1 — жиардиаз/лямблиоз.
- Формы: латентная — лямблионосительство без симптомов; манифестная — с клиникой. По течению выделяют острый и хронический варианты, по тяжести — лёгкий, среднетяжёлый и тяжёлый.
- Инкубационный период при манифестном лямблиозе — 7–28 дней, в среднем около 2 недель.
- Типичная клиника: метеоризм, умеренные боли в верхней половине живота, диарея до 6–10 раз/сут, пенистый зловонный стул без крови и слизи, интоксикация обычно не выражена.
- Окончательный диагноз ставят только при прямом обнаружении лямблий: трофозоитов в жидком стуле или дуоденальном содержимом либо цист в кашицеобразном/оформленном стуле.
- Этиотропную терапию начинают только после микроскопического подтверждения диагноза; лечить детей и взрослых без паразитологического подтверждения недопустимо. УУР С, УДД 5.
- Изоляция больного лямблиозом не требуется. УУР С, УДД 5.

Диагностика

1. Соберите эпиданамнез за 10–30 дней: пребывание в неблагополучных районах, отсутствие качественного водоснабжения/канализации, употребление воды из открытых источников, контакт с очагом диареи, принадлежность к декретированной группе, контакт с животными. УУР С, УДД 5.
2. Уточните симптомы: лихорадка, тошнота, рвота, диарея, частота и характер стула, боли в эпигастрии/околопупочной области, вздутие, снижение массы, утомляемость; отдельно оцените длительность диареи и наличие крови/слизи. УУР С, УДД 5.
3. Проведите осмотр кожи, слизистых и языка, затем пальпацию и перкуссию живота: ищите болезненность в эпигастрии, проекции желчного пузыря, урчание по ходу кишечника, оцените размеры печени. УУР С, УДД 5.
4. Обследуйте на лямблиоз при диарее неясной этиологии, хронических заболеваниях ЖКТ, нарушении нутритивного статуса, особенно недостаточности питания; обязательные контингенты включают детей и персонал детских коллективов при приёме и ежегодно, декретированные группы при поступлении и ежегодно, контактных лиц.
5. При признаках ОКИ исключите вирусную и бактериальную этиологию: ротавирус, калицивирусы/норовирусы/саповирусы, Salmonella spp., Shigella spp., диарогенные эшерихии. УУР А, УДД 1.
6. Всем пациентам с подозрением выполните копрологию, микроскопию кала на простейшие и микроскопию кала на простейшие с применением методов обогащения. Если первый анализ отрицательный, исследуйте кал 3 раза с интервалом 3–5 дней; чувствительность при 1 исследовании 60–80%, при 2 — 80–90%, при 3 — более 90%. УУР С, УДД 5.
7. Экспресс-тест кала на антиген Giardia используют при отрицательной микроскопии, но положительный результат обязательно подтверждают трёхкратной микроскопией кала. Серология IgA/IgM/IgG — только дополнительный тест и не подтверждает диагноз. УУР С, УДД 5.

Лечение

- Лечение обычно амбулаторное, изоляция не требуется; терапия включает противопаразитарный препарат и при необходимости коррекцию функциональных нарушений пищеварительной системы.
- Препараты выбора — производные 5-нитроимидазола: метронидазол, тинидазол, орнидазол, секнидазол. Возможны также албендазол, нифурател, фуразолидон. УУР С, УДД 5.

- Метронидазол внутрь: взрослым 250 мг 3–4 раза/сут 5 дней; детям 2–5 лет 250 мг/сут в 2 приёма 5 дней; 5–10 лет 375 мг/сут в 2 приёма 5 дней; 10–15 лет 250 мг 2 раза/сут 5 дней.
- Однократные схемы 5-нитроимидазолов: орнидазол взрослым 1,5 г вечером однократно, детям 20–35 кг — 40 мг/кг/сут, более 35 кг — 1,5 г/сут однократно; секнидазол взрослым 1,5–2,0 г однократно, детям с 3 лет 30 мг/кг однократно; тинидазол взрослым 2 г однократно, детям старше 12 лет 50–75 мг/кг, максимум 2 г, однократно после еды.
- Альтернативные/вторые линии: албендазол взрослым и детям старше 3 лет с массой >10 кг — 400 мг 1 раз/сут 3 дня, при массе <10 кг — 200 мг 1 раз/сут суспензией 5 дней; нифурател взрослым 400 мг 2–3 раза/сут, детям 15 мг/кг 2 раза/сут после еды 7 дней; фуразолидон взрослым 0,1 г 4 раза/сут, детям с 3 лет 10 мг/кг/сут в 3–4 приёма 5–10 дней.
- После лечения нужен контроль: 3 отрицательных копрологических исследования с интервалом 2–3 дня через неделю после антипротозойной терапии; критерии эффективности также включают улучшение состояния, уменьшение частоты дефекации и нормализацию стула. УУР С, УДД 5.
- В остром периоде и реконвалесценции назначают пробиотики для эрадикации и коррекции микробиоценоза; указаны Saccharomyces boulardii CNCM I-745, Lactobacillus acidophilus, Bifidobacterium infantis, Enterococcus faecium и другие перечисленные штаммы. УУР С, УДД 5.
- Диета на время лечения: стол №4э/4аг, повышенный белок, нормальные жиры, сложные углеводы, ограничение легкоусвояемых углеводов; в остром периоде — диета №4 с исключением молока, консервов, копчёностей, острых блюд, сырых овощей и фруктов, дробное питание 4–6 раз/сут. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- Лёгкое и среднетяжёлое течение лечат амбулаторно или в дневном стационаре. УУР С, УДД 5.
- Госпитализация в инфекционное отделение нужна по клиническим и эпидемиологическим показаниям: ВИЧ-инфекция, иммунодефицитные состояния, затяжное или хроническое течение в обострении при тяжёлых сопутствующих заболеваниях, декретированные группы при невозможности амбулаторного лечения. УУР С, УДД 5.
- Выписка из стационара — при клиническом выздоровлении и отрицательном микроскопическом исследовании кала. УУР С, УДД 5.
- Диспансерное наблюдение сводится к контролю лечения: через 5–6 дней после окончания терапии делают 2–3 копрологических анализа с интервалом 1–2 дня; при положительном результате проводят повторную терапию, при отрицательном — снимают с наблюдения. УУР С, УДД 5.
- Работников пищевых предприятий и приравненных лиц при положительном контроле после повторного курса переводят на работу без контакта с продуктами и водоснабжением до выздоровления; при выделении лямблий более 3 месяцев после болезни — пожизненно.

Частые вопросы

Можно ли поставить диагноз по антителам к лямблиям?

Нет. IgA, IgM и IgG к лямблиям — косвенный дополнительный тест; они могут давать ложные результаты, а IgG сохраняются 6–12 месяцев. Окончательный диагноз подтверждают только микроскопическим обнаружением паразита.

Сколько раз сдавать кал при подозрении на лямблиоз?

Если первый анализ отрицательный, кал исследуют 3 раза с интервалом 3–5 дней. Это связано с волнообразным выделением цист; чувствительность трёхкратного исследования превышает 90%.

Нужно ли лечить контактных без симптомов?

Контактным лицам лечение проводят только при обнаружении возбудителя, независимо от наличия или отсутствия клинических проявлений.

Какие препараты являются первой линией при лямблиозе?

В рекомендации препаратами выбора названы 5-нитроимидазолы: метронидазол, тинидазол, орнидазол, секнидазол. Этиотропную терапию начинают только после микроскопического подтверждения диагноза.

Когда ребёнка или взрослого можно считать излеченным?

Ориентируются на клиническое улучшение и отрицательные контрольные копрологические исследования: в разделе лечения указаны 3 отрицательных результата через неделю после антипротозойной терапии с интервалом 2–3 дня.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/839-lyamblioz-u-detej-i-vzroslyh. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/839_1