

**УДК 616.995.1**

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОНТОГИОЗНЫХ ГЕЛЬМИНТОВ АССОЦИИРОВАННОГО С ЛЯМБЛИОЗОМ**

**Санокуллова Ситора Авазовна**

Бухарский государственный медицинский институт

### **АННОТАЦИЯ**

*Лямблиоз является широко распространенным протозойным заболеванием человека. Инвазионное заболевание, протекающее как бессимптомное носительство, иногда приводящее к нарушению функции тонкой кишки(7,8). Дело в том, что часто лямблиоз протекает под «маской» других заболеваний. Он может протекать практически без клинических признаков заболевания, в результате чего инфицированные люди не обращаются за медицинской помощью и лямблиоз у них выявляется случай-но(2,8). В настоящее время известно около 300 гельминтозов человека и около 50 видов инвазий простейшими, вызывающих болезни у людей. По современным оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) 1/4 часть населения планеты инфицирована кишечными паразитами. В Узбекистане ежегодно лаборатория выявляет более 200 000 пациентов. 90 процентов из них дети. Организации дошкольного образования и школы поражены кишечными гельминтозами на 97-99 процентов(10). Таким образом, проблема гельминтозов и протозоозов на сегодняшний день сохраняет свою актуальность(1). Широкое распространение гельминтозов и протозоозов требует усиленного внимания к данной проблеме со стороны врачей первого контакта (терапевтов, педиатров, врачей общей практики(1,3,4). Своевременное выявление и как можно быстрое проведение противогельминтной или противопаразитарной терапии позволит сократить число случаев тяжелого течения гельминтозов и протозоозов, а также их осложнений ( 1,5,6). В нашей статье мы попытались изложить*

**Ключевые слова:** *гельминтоз, лямблиоз, контагиоз, цисты.*

## **FEATURES OF THE COURSE OF CONTIGIOUS HELMINTHS ASSOCIATED WITH GIARDIASIS**

**Sanokulova Sitora Avazovna**

Bukhara State Medical Institute

### **ABSTRACT**

*Giardiasis is a widespread human protozoal disease. An invasive disease that occurs as an asymptomatic carrier, sometimes leading to impaired function of the*

*small intestine (7,8). The fact is that often giardiasis occurs under the "mask" of other diseases. It can occur with little or no clinical signs of disease, resulting in infected individuals not seeking medical attention and being diagnosed with giardiasis incidentally (2,8). Currently, about 300 human helminthiases and about 50 types of protozoan invasions are known to cause disease in humans. According to modern estimates of the World Health Organization (WHO), 1/4 of the world's population is infected with intestinal parasites. In Uzbekistan, the laboratory annually detects more than 200,000 patients. 90 percent of them are children. Organizations of preschool education and schools are affected by intestinal helminthiases by 97-99 percent (10). Thus, the problem of helminthiasis and protozosis remains relevant today (1). The wide spread of helminthiases and protozooses requires increased attention to this problem by first contact physicians (therapists, pediatricians, general practitioners (1,3,4). Timely detection and prompt administration of anthelmintic or antiparasitic therapy will reduce the number of cases of severe helminthiasis and protozosis, as well as their complications (1,5,6). In our article, we tried to present our point of view on contagious helminthiases associated with giardiasis.*

**Key words:** *helminthiasis, giardiasis, contagious disease, cysts*

## **ВВЕДЕНИЕ**

Возбудитель лямблиоза *Lamblia* кишечная (синонимы: *Giardia lamblia*, *Giardia* кишечная, *Giardia duodenalis*) является хорошо известным простейшим организмом, выделенным из кишечника человека и являющимся причиной диареи у человека. Помимо человека, этот вид лямблий можно обнаружить у различных млекопитающих: собак, кошек, овец, крупного рогатого скота, медведей, барсуков и др., а также у птиц и рептилий. Некоторые из животных, вероятно, являются резервуаром этой инфекции для человека. Возбудители заболевания существуют в виде двух отдельных форм – вегетативной формы и кисты. Если первые во внешней среде быстро погибают, то цисты выживают долго: в водоемах, водопроводной и сточной воде - до нескольких месяцев, на пище - от нескольких часов до нескольких суток, в песке - до 9 - 12 суток. Цисты лямблий (как и яйца гельминтов) устойчивы к действию хлора, ультрафиолетового излучения, выдерживают замораживание и нагревание до 50 0С, но при кипячении погибают. ведущая роль. Лямблиоз относится к контагиозным простейшим. Факторами передачи возбудителя являются грязные руки, вода, пища, содержащая цисты лямблий. Насекомые (мухи, тараканы, мучные черви, навозные жуки) также могут распространять цисты *Giardia*. Механизм передачи инвазии фекально-оральный. Инфекционная доза со-

ставляет около 10-100 цист. Очень благоприятные условия для передачи лямблиоза контактно-бытовым путем могут создаваться в семье, детских коллективах (ясли, детские сады, школы). Если ребенок или взрослый плохо моет руки после посещения туалета, то он может передавать инфекцию через игрушки, мебель, посуду, а также при пользовании общим полотенцем, на котором цисты сохраняют жизнеспособность до 2-х суток. Немалую роль в заражении играют вредные привычки: держать палец во рту, брать его в рот, грызть ногти, карандаши, ручки и т. д. В детских учреждениях при выявлении детей, пораженных лямблиями, проводятся санитарно-эпидемиологические мероприятия, как и при контактных гельминтозах. Учитывая высокую устойчивость цист лямблий к хлорсодержащим препаратам, рекомендуется применение моющих и дезинфицирующих средств и ультрафиолетовое облучение. Особое внимание уделяется личной гигиене персонала и детей.

Гельминтозы – обширная группа паразитарных заболеваний, вызываемых гельминтами. Гельминтозы человека вызываются преимущественно двумя типами червей: круглые черви – Nematelminthes (класс Nematoda) и плоские черви – Plathelminthes (класс ленточных червей – Cestoidea и сосальщиков – Trematoda). Круглые черви – гельминты класса Nematoda вызывают нематодозы (аскаридоз, энтеробиоз, токсокароз, трихоцефалез, анкилостомидозы, некатороз, трихинеллез, стронгилоидоз и др.). Ленточные черви – гельминты класса Cestoda вызывают цестодозы (тениаринхоз, тениоз, дифиллоботриоз, гименолепидоз, эхинококкозы и др.). Сосальщикообразные – гельминты класса Trematoda вызывают трематодозы (описторхоз, фасциолез, клонорхоз и др.). Исходя из особенностей биологического развития, паразитические черви подразделяются на три основные группы: биогельминты, геогельминты и контактные гельминты. Ленточные черви, некоторые виды круглых червей и все сосальщикообразные относятся к биогельминтам, для которых характерна смена хозяев в процессе развития: личинки формируются в промежуточных хозяевах, а половой зрелости паразиты достигают в организме окончательных хозяев. В желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) человека личинки биогельминтов попадают при употреблении в пищу зараженной рыбы или мяса. Существует транс-миссивный путь передачи личинок паразитов (филярии) – через кровососущих насекомых. Некоторые виды гельминтов (шистосомы и некатор) могут проникать в ткани человека через неповрежденную кожу. Круглые черви (аскариды, власоглав, анкилостомиды и др.) развиваются без смены хозяев и относятся к геогельминтам. До инвазивной стадии их личинки находятся в яйцах во внешней среде. Заражение геогельминтами в основном

происходит при проглатывании зрелых яиц с пищей. Энтеробиоз и гименолепидоз, характеризующиеся наибольшей инвазивностью, относятся к группе контактных гельминтов. С течением времени гельминты приобрели способность к дли-тельному существованию в организме хозяина (от 1,5 до 40 лет). Общей характеристикой всех гельминтов является их высокая плодовитость (у некоторых видов – до 250 тыс. яиц в сутки).

**Клиника.** Из клинических симптомов контогиозных гельминтов ассоциированного с лямблиозом можно выделить четыре основных синдрома: болевой, диспепсический, астеноневротический и аллергодерматологический. По клиническому течению различают острую и хроническую формы лямблиоза. Лямблиоз также может протекать в субклинической и бессимптомной формах. Острый лямблиоз характеризуется лихорадкой, рвотой, диареей, краснухоподобной или кореподобной сыпью, анорексией, резкими болями в верхней и средней эпигастральной области, вздутием живота и без специального обследования на лямблиоз диагностируется как «кишечная инфекция неизвестная этиология». Острая форма чаще встречается у детей раннего возраста. Острый период обычно длится несколько дней, после чего лямблиоз чаще всего переходит в подострую или хроническую стадию. Хронический лямблиоз сопровождается основным синдромальным комплексом: хроническая интоксикация, гиповитаминоз, диспепсия, дисбактериоз. Характерны симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта, упорная диарея, чередование запоров и диареи, мальабсорбция, схваткообразные боли в животе, диспепсия, тошнота, снижение аппетита, симптомы общих расстройств (головные боли, раздражительность, недомогание, повышенная утомляемость, эмоциональная лабильность, гипотрофия, у детей - отставание в физическом развитии, похудание), кожные симптомы - кроме описанных выше, крапивница, строфулез, кожный зуд. Клинические проявления заболевания выявляют у 80% инфицированных, но возможно и бессимптомное носительство. Паразитоносительство представляет не меньшую опасность для окружающих людей, так как не получает лечения и годами выделяет возбудителя во внешнюю среду. Лямблиоз отягощает течение многих других инфекционных и неинфекционных заболеваний, способствует аллергизации пораженного организма. При длительном течении формируется органическая патология желудочно-кишечной, сердечно-сосудистой и других систем человека. Профилактические прививки на фоне лямблиоза могут оказаться неэффективными. Заподозрить лямблиоз достаточно сложно, его нетрудно спутать с другими заболеваниями, так как большинство его симптомов

встречается и при других заболеваниях. Поэтому диагностикой должны заниматься специалисты. На момент постановки диагноза больные обычно не предъявляют никаких жалоб.

1. Общие симптомы: возникают за счет выделения большого количества цитокинов эозинофилами - утомляемость, лихорадка и потливость, отсутствие аппетита, похудание.

2. Симптомы со стороны системы кровообращения ( $y \approx 20\%$ ): связанные с некрозом и фиброзом сердечной мышцы и эндокарда, а также возникновением пристеночных тромбов в полостях сердца - симптомы клапанной недостаточности, чаще митральной и трикуспидальной, симптомы рестриктивной кардиомиопатии, нарушениях ритма и проводимости, тромбоэмболических осложнениях, сердечной недостаточности.

3. Симптомы со стороны дыхательной системы ( $y \approx 50\%$ ): связанные с эозинофильными инфильтратами в легких, фиброзом легких, сердечной недостаточностью или тромбоэмболией легочной артерии – хронический сухой кашель, одышка.

4. Кожные симптомы ( $y \approx 60\%$ ): ангионевротический отек, покраснение кожи, крапивница, папулы и подкожные узелки, кожный зуд.

5. Желудочно-кишечные симптомы ( $y \approx 30\%$ ): связаны с язвами слизистой, кровотечением, перфорацией, холециститом, эозинофильным воспалением желудка или кишечника; диарея, боль в животе.

6. Неврологическая симптоматика ( $y \approx 55\%$ ): изменения поведения, нарушения памяти, атаксия, симптомы периферической полинейропатии.

7. Прочие: увеличение печени или селезенки, боли в мышцах и суставах (вызванные выделением эозинофилами провоспалительных цитокинов), нарушение зрения (связанное с тромбозом сосудов сетчатки).

8. Естественное течение: хроническое, иногда легкое, но чаще всего прогрессирующее и может в короткие сроки привести к летальному исходу вследствие поражения органов, чаще сердечной недостаточности, либо в результате трансформации в острый лейкоз.

**Диагностика.** Диагноз лямблиоза устанавливают на основании клинических признаков заболевания, результатов лабораторного исследования и других данных. Основной лабораторной диагностикой являются паразитологические исследования кала. В связи с периодическим, периодическим выделением кист (с перерывами от нескольких дней до 2 нед) необходимо проведение многократных исследований кала - до 6-7 раз и более, с интервалами в 1-2 дня. Часто цисты лямблий выявляют уже при первых

исследованиях. В качестве дополнительных методов диагностики лямблиоза могут быть использованы иммунологические (серологические) методы. Они основаны на обнаружении в крови антител, специфичных к антигенам лямблий. Уровень антител зависит от особенностей иммунной системы человека, интенсивности инфекции, формы течения болезни и др. Антитела могут быть обнаружены как у людей в разгаре заболевания, так и у перенесших инфекцию в недавнем прошлом. Эти обстоятельства ограничивают диагностическую ценность антител. К ключевым критериям диагностики гельминтозов наряду с клиническими проявлениями относятся: миграционный и географический анамнез; пищевой анамнез (пищевые привычки и поведение); эпидемические факторы риска (контакт с домашними животными, землей и т.д.). Указанные диагностические критерии позволяют врачу терапевту предположить паразитарную этиологию заболевания и провести комплекс клинико-инструментальных и лабораторных исследований, подтверждающих или исключающих тот или иной гельминтоз. Биологическим материалом для исследований на наличие гельминтов, их фрагментов, личинок и яиц служат фекалии, моча, дуоденальное содержимое, желчь, мокрота, ректальная и перианальная слизь, кровь, мышечная ткань. Чаще всего объектом исследования являются фекалии. В целях диагностики гельминтозов и патологии, вызванной тканевыми гельминтами или личиночными стадиями (эхинококкозы, цистицеркоз, трихинеллез, токсокароз), широко используют серологические методы: реакции непрямой гемагглютинации, связывания комплемента, латексаг-глютинации, иммунофлуоресценции, иммуноферментный анализ (ИФА) и др. Увеличение уровня эозинофилов выше нормы в несколько раз в клинической практике часто служит гематологическим маркером, который позволяет заподозрить наличие гельминтоза. Для топической диагностики применяют ультразвуковое исследование внутренних органов, компьютерную томографию, эндоскопию с биопсией.

### **Лечение**

1. Пациентам с числом эозинофилов  $<5000/\text{мкл}$  и отсутствием органических изменений экстренная циторедукция не требуется.

2. CEL с геном FIP1L1-PDGFRB и реаранжировкой гена PDGFRB: иматиниб. У пациентов с сердечной недостаточностью следует использовать глюкокортикостероиды в течение первых 7–10 дней лечения иматинибом, чтобы избежать ухудшения сердечной функции, вызванного массивным высвобождением токсических белков из гранул эозинофилов.

3. ГЭК без замены PDGFRA и PDGFRB: глюкокортикостероиды, например, преднизолон 1 мг/кг массы тела, пока количество эозинофилов не упадет до нормы и симптомы не исчезнут, затем медленно снижают до минимальной эффективной поддерживающей дозы. При реактивном ГФС необходимо лечить основное заболевание.

4. При неэффективности и при CEL-NOS: цитостатики (гидроксимочевина, при неэффективности IFN- $\alpha$ , затем винкристин или этопозид; при неэффективности экспериментальное лечение (меполизумаб, алемтузумаб) или алло-ТГСК.

Специфическая терапия гельминтозов проводится антигельминтными препаратами. При лечении необходимо следовать ряду правил:

- терапия должна быть строго индивидуальной;
- профилактическое применение антигельминтных препаратов без точной диагностики гельминтоза недопустимо;
- лечение должно быть комплексным, включать не только уничтожение паразитов, но и ликвидацию последствий их жизнедеятельности (холестаза, анемия, аллергические проявления и т.д.);
- антигельминтный препарат должен оказывать ларвицидное (уничтожать личинки), овицидное (уничтожать яйца),
- вермицидное (уничтожать взрослых паразитов) действия;
- обязательный контроль результатов лечения паразитологическими методами.

## REFERENCES

1. Oblokulov A., Kholov U., Oblokulova Z., Ibrakhimova X. Clinical and laboratory characteristics of giardiasis in adults// *New day in medicine*. № 1 (25/1) 2019. P. 137 – 139
2. Ibrakhimova H.R., Oblokulov A.R. (2020). Pathogenetic Bases And Prevalens Of Parasitic Infections In Children: Literature Review. *The American Journal Of Medical Science And Pharmaceutical Research*, 2(10), P.87-95
3. Hotez PJ. *Human Parasitology and Parasitic Diseases: Heading Towards 2050*. *Adv Parasitol*. 2018;100:29-38.
4. Тарасова Л.В.Трухан Д.И. Гельминтозы и протозоозы в клинической практике терапевта *Справочник поликлинического врача* № 3 2014 С- 56-59
5. Mirzoeva M.R., Sanokulova S.A. Features of the course o contagious giardiasis associated with giardiasis *Miasto Przynszosci* № 25 2022. P.186-189
6. Dunn N, Juergens AL. Giardiasis. [Updated 2022 May 8]. In: *StatPearls Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan.*

7. Бронштейн А.М., Лучев В.И., Малышев Н.А. Гельминтозы органов пищеварения: проблемы диагностики и лечения // Рос. мед. журнал. – 2005. – Т. 7, №2.
8. Бодня К.И. Диагностика и лечение гельминтозов у детей // Сучасна гастроентерол. – 2006. – №6 (32).
9. Сергиев В.П. Паразитарные болезни сегодня и завтра // Паразитарные болезни. – 2005. – №1.
10. Бабак О.Я. Кишечные гельминтозы: ситуация и тенденции к ее изменению // Здоровье Украины. –2006. – №9/1.
11. Бабак О.Я. Роль и место тканевых паразитов в патологии человека // Здоровье Украины. –2007. – №7/1, 8, 9
12. Элмурадова А.А., Санакулова С.А., Жалилова А.С. Оптимизация терапии больных хроническим лямблиозом с применением “Клинтаб”. Журнал гепатогастроэнтерологических исследований. № 1 2021-С-83-89
13. Oblokulov, A. R., & Mukhammadieva, M. I. (2022). CLINICAL AND BIOCHEMICAL CHARACTERISTICS OF LIVER CIRRHOSIS PATIENTS OF VIRAL ETIOLOGY WITH SPONTANEOUS BACTERIAL PERITONITIS. *Academicia Globe: Inderscience Research*, 3(10), 210-216.
14. Мухаммадиева.М.И., Облокулов. А.А.(2022). Клинико-лабораторная характеристика пациентов циррозе печени вирусной этиологии со спонтанным бактериальным перитонитом//NEW DAY IN MEDICINE.-2022.P. 3-9.
15. Облокулов, А., & Мухаммадиева, М. (2020). ВИРУС ЭТИОЛОГИЯЛИ ЖИГАР ЦИРРОЗИДА СПОНТАН БАКТЕРИАЛ ПЕРИТОНИТИНГ КЛИНИК-ЛАБОРАТОР ТАВСИФИ. *Журнал вестник врача*, 1(3), 66-69.