

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ  
ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии и ПО  
имени профессора В.И.Прохоренкова

Куратор клинической ординатур  
профессор Карачева Ю.В.

Реферат на тему :

Аллергодерматозы вызванные лямблиозом

**Специальность : дерматовенеролог**

Выполнила:клинический ординатор 1 года  
Фамилия: Сиротова  
Имя :Александрина  
Отчетво :Михайловна

2018 год

## Содержание

1. Введение .....	3
2. Этиология и эпидемиология.....	4
3. Классификация .....	5
4. Клиника .....	6
5. Лабораторное и инструментальное обследование.....	7
6. Лечение .....	9
7. Заключение.....	10
8.Список литературы....	11

## Введение

Аллергодерматозы – достаточно широко распространённое в дерматологии понятие. К этой группе относят поражающие кожу патологии со специфическим характером: нейродермит, экзему, атопический дерматит. По данным статистики в данный момент аллергодерматозы наблюдаются у четверти населения планеты. Более подробно о каждом из таких заболеваний:

Экзема – это кожная патология аллергической природы, которая обладает склонностью к хроническому рецидиву. Основной причиной её развития является иммунное подавление клеточного и гуморального иммунитета. Проявляется экзема полиморфной сыпью на коже, причём в очагах поражения одновременно присутствуют и узелки, и гнойнички, и покрытые корочками пузырьки.

Нейродермит – воспалительная патология, которая поражает кожный покров.

Характеризуется хроническим характером и склонностью к рецидивам. Проявляется заболевание папулёзными высыпаниями, белым дермографизмом, выраженным зудом и сильным усилением кожного рисунка (лихенификацией).

Касательно природы этой болезни есть достаточно много теорий: интоксикационная, неврогенная, аллергическая, эндокринная и наследственная.

Лямблиоз— распространённая кишечная инфекция, вызываемая одноклеточным паразитом - лямблией, которая обитает в организме человека в просвете тонкой кишки и относится к контагиозным протозоозам. Лямблиозраспространен во всем мире, в Российской Федерации ежегодно регистрируется более 100 тысяч больных, из них до 90 тысяч детей. Цисты лямблий устойчивы и способны сохраняться во внешней среде до 66 дней при условии увлажнения. Оптимальными являются температура 2-6 град. С и относительная влажность воздуха 80-100%. В водопроводной и прудовой воде цисты лямблий выживают в течение 1-3 месяцев при температуре воды от 4 до 20 град. С. В сточной воде в летнее время цисты лямблий выживают до 3-4 месяцев. На продуктах питания цисты сохраняются жизнеспособными несколько часов, а при большой влажности продукта и до нескольких суток. Кипячение приводит к мгновенной гибели цист, при температуре 55 градусов цисты погибают через 5 минут. Высушивание на воздухе приводит к полной гибели цист лямблий в течение 24 часов, уничтожению цист лямблий во внешней среде способствует ультрафиолетовое излучение.

## ЭТИОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

В настоящее время выделяют 6 видов лямблий, среди которых ответственными за заболевание человека являются *L. intestinalis* (син. *Giardia duodenalis*,

*G. lamblia*, *Giardia intestinalis*). Благодаря внедрению молекулярно-генетических методов диагностики было идентифицировано 8 основных генетических подтипов *L. intestinalis* (А-Н). При этом заболевание человека лямблиозом связано с подтипами А и В, внутри которых также имеются внутригрупповые различия (AI-АIII, ВIII — ВIV) Лямблии, поражающие человека, могут также инфицировать другие виды млекопитающих (как в дикой природе, так и домашних животных). Заражение человека происходит только перорально, при проглатывании зрелых инвазионных цист (заражающая доза — 10-100 цист). Механизм передачи — фекально-оральный. Ведущим путем распространения возбудителя является водный. Помимо водного, реализуются пищевой и контактный пути, причем последний имеет большое значение в детских коллективах, где передача лямблиозной инфекции осуществляется через игрушки, посуду, общее полотенце, на котором цисты способны сохранять жизнеспособность от 6 ч до 2 сут. Лямблии — одна из частых причин «диареи путешественников» в странах с тропическим и субтропическим климатом

Восприимчивость людей к заражению различна. Ведущая роль в формировании устойчивости к инфицированию лямблиями отводится барьерной функции слизистой оболочки тонкой кишки и состоянию иммунитета. Первые признаки заболевания проявляются спустя 1-3 недели после проникновения паразитов в организм человека. По клиническому течению выделяют острую и хроническую форму лямблиоза. Острый лямблиоз характеризуется лихорадкой, рвотой, диареей, краснухоподобной или кореподобной сыпью, анорексией, резкими болями в верхней и средней эпигастральной области, вздутием кишечника и без специального обследования заболевание проходит под диагнозом "кишечная инфекция неясной этиологии". Острая форма чаще всего встречается у детей раннего возраста. Острый период длится обычно несколько дней, после чего лямблиоз чаще всего переходит в подострую или хроническую стадии. Хронический лямблиоз сопровождается основным синдромокомплексом: хроническая интоксикация, гиповитаминоз, диспепсия, дисбактериоз. Характерными являются симптомы со стороны желудочнокишечного тракта: диарея, чередование запоров и поносов, схваткообразные боли в животе, тошнота, снижение аппетита, симптомы нарушений общего состояния (головные боли, раздражительность, недомогание, быстрая утомляемость, эмоциональная лабильность, гипотрофия, у детей - отставание в физическом развитии, потеря веса).

## Клинические формы

1. С преимущественным поражением пищеварительной системы:
  - а) интестинальная форма — в виде дуоденита и энтерита;
  - б) панкреатобилиарная (с билиарными дисфункциями);
  - в) гастритическая форма;
  - г) сочетанная: интестинальная форма с поражением желудка и панкреатобилиарной системы.

2. С преимущественным поражением других органов и систем:

- а) с интоксикационно-аллергическими и кожными проявлениями;
- б) с астеноневротическим синдромом;
- в) с анемическим синдромом.

3. Смешанный вариант.

4 невротическая;

По клиническим проявлениям:

1. Типичный.
2. Атипичный.
3. Лямблионосительство (транзиторное носительство).
4. Субклинический лямблиоз (со стертыми клиническими проявлениями).

По тяжести:

легкая;

среднетяжелая;

тяжелая.

По течению:

- 1) острый (до 1 мес.);
- 2) подострый (от 1 до 3 мес.);
- 3) хронический (более 3 мес.).

Периоды:

- 1) инкубационный;
- 2) клинических проявлений;
- 3) реконвалесценции (включая реконвалесцентное лямблионосительство);
- 4) хронизации.

## Клинические проявления

Лямблиоз имеет широкий спектр клинических проявлений от бессимптомного носительства до хронической диареи с синдромом мальабсорбции. Выраженность клинических проявлений заболевания зависит от вирулентности изолята лямблии, паразитарной нагрузки, иммунного ответа и др. особенностей организма хозяина. Возможно длительное персистирование паразита, трудно поддающееся специфической терапии

**Острый лямблиоз** развивается менее чем у половины людей, инфицированных лямблиями, и проявляется жидким водянистым стулом с неприятным запахом с примесью жира, снижением аппетита, тошнотой (возможна рвота), метеоризмом и урчанием в кишечнике. Лихорадка и примесь крови в стуле для данного заболевания нехарактерны. Острый лямблиоз обычно продолжается 5-7 дней и редко является причиной госпитализации детей в стационары.

**Хронический лямблиоз** имеет разнообразные кишечные и внекишечные проявления и наиболее труден для диагностики. Хронический лямблиоз развивается в исходе острого лямблиоза у 30-50% пациентов, а также может иметь первично-хроническое течение. Основными его проявлениями являются: хроническая диарея, синдром мальабсорбции, дефицит массы тела. У больных хроническим лямблиозом часто выявляются симптомы дуоденита, ДЖВП, холецистита, диспанкреатизма, панкреатита, а также симптомы, сходные с синдромом раздраженного кишечника (СРК). У детей раннего возраста может развиваться клиника «псевдоцелиакии». Синдром мальабсорбции при хроническом лямблиозе проявляется хронической диареей, стеатореей, потерей веса, гиповитаминозом. Дефицит веса при хроническом лямблиозе может достигать 10-20% массы тела и негативно отражается на росте и развитии детей. Для больных хроническим лямблиозом характерны дерматологические симптомы: бледность, субиктеричность, неравномерная окраска кожи («разноцветная кожа»), буро-иктерично-коричневая окраска кожи шеи, живота, подмышечных складок, фолликулярные папулы. Достаточно часто выявляется иктерично-розовый цвет и сухость кожи ладоней и подошв, пигментация пупка и белой линии живота (специфичность данного симптома — 100%, чувствительность — 78%) Для больных хроническим лямблиозом характерны изменения волос: тонкие волосы, замедление роста, разноцветная окраска волос. Возможно развитие блефарита, аллергического конъюнктивита, хейлита, рецидивирующего холязиона. В настоящее время установлено, что антигены лямблий могут вызывать сенсibilизацию организма человека, с чем может быть связано развитие у больных лямблиозом аллергического синдрома (крапивницы, атопического дерматита и др.) У больных хроническим лямблиозом отмечается высокая частота развития астено-невротического синдрома (эмоциональная лабильность, раздражительность, тревожность, головные боли и др.) и синдрома хронической усталости. Редкими внекишечными проявлениями лямблиоза являются: реактивный артрит, синовит, зуд кожи, увеит, афтозные изменения слизистой полости рта, геморрагический васкулит. Тяжесть и длительность течения лямблиоза в большей степени связаны с преморбидным фоном пациента: состоянием секреторной деятельности пищеварительного аппарата, кишечной микрофлоры и иммунного статуса. Хронический лямблиоз следует дифференцировать с другими инфекционными и неинфекционными кишечными заболеваниями: кишечными паразитозами (амебиаз, криптоспоририоз, циклоспороз, изоспороз), гельминтозами, целиакией, ферментопатиями, заболеваниями двенадцатиперстной кишки, желчного пузыря и поджелудочной железы, воспалительными заболеваниями кишечника, синдромом раздраженной кишки.

## Лабораторные исследования

**Клинический анализ:** ОАК: изменения могут отсутствовать, а также могут наблюдаться моноцитопения, эозинофилия (до 5-8%), анемия (при тяжелом и длительном течении болезни), СОЭ увеличена до 20—25 мм/ч.

**Биохимический анализ крови:** повышение содержания гамма-глобулинов, снижение содержания альбуминов, изменение показателей осадочных проб.

**Микроскопическое исследование мазка фекалий:** в жидком кале – обнаружение вегетативных форм (трофозоитов) *Lamblia intestinalis*; в кашицеобразном и оформленном кале – обнаружение цист *Lamblia intestinalis*. Диагностика лямблиоза основана на обнаружении цист и (или) вегетативных форм паразита в мазке фекалий. Исследование по возможности жидких фракций фекалий, собранных из 6–7 мест. Кал исследуется в теплом виде. Выделение вегетативных форм лямблий и цист носит периодический характер. Отрицательные периоды в выделении лямблий могут колебаться от 2–3 суток до 2–3 недель, поэтому для подтверждения диагноза рекомендуется проводить исследования испражнений 5-6 раз на протяжении 2-4 недель (с интервалом в 2–3 дня).

**Серологический анализ кала:** ИФА – выявление поверхностного антигена цист лямблий в кале (на ранних стадиях болезни).

**Серологический анализ крови:** ИФА – выявление антител класса IgM к антигенам *Lamblia intestinalis*; ИФА – определение суммарных антител (IgM, IgA, IgG) к антигенам *Lamblia intestinalis*

Серологические методы диагностики являются косвенными способами лабораторной диагностики лямблиоза, поэтому могут использоваться как дополнительные диагностические методы. Специфические IgM и IgG к антигенам лямблий обнаруживают в сыворотке крови с 10–14-го дня заболевания. Выявление IgM свидетельствует об остром заболевании лямблиозом, после санации они быстро исчезают. IgG могут сохраняться в течение 12-15 месяцев после излечения.

Инструментальные исследования: дуоденальное зондирование – обнаружение большого количества слизи, вегетативных форм (трофозоитов) лямблий в дуоденальном содержимом

Перечень основных диагностических мероприятий:

ОАК;

ОАМ;

микроскопическое исследование мазка фекалий.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий: биохимический анализ крови; ИФА – выявление антител класса IgM к антигенам *Lamblia intestinalis*, суммарных антител (IgM, IgA, IgG) к антигенам *Lamblia intestinalis* (в случае отрицательного результата микроскопии). ИФА – выявление поверхностного антигена цист лямблий в кале (на ранних стадиях болезни).

Физикальное обследование: налет на языке, неприятный запах изо рта; болезненность в пилородуоденальной зоне, мезогипогастрии, по ходу кишечника; увеличение печени; стул иногда пенистый, зловонный с характерным жирным блеском, с примесью слизи; симптомы вегетосудистой дистонии; бледность, особенно кожи лица и носа («мраморная белизна»); неравномерная окраска кожного покрова (буро-иктерично-коричневая); «волнистая» пигментация кожи шеи (пигментированная мелкая папулезная сыпь); ксероз, шелушение ладоней; хейлит (поражение красной каймы губ в виде легкого шелушения, сухости, трещин, заед, шелушения пероральной зоны). блефарит; эозинофильные легочные инфильтраты; крапивница, отек Квинке

## Осложнения

Панкреатит (поражение поджелудочной железы): монотонные боли в эпигастрии, не связанные с приемом пищи; кашицеобразный стул с неперевавленными частицами пищи; умеренные нарушения внешнесекреторной активности. Синдром мальабсорбции (синдром нарушенного всасывания, клинический симптомокомплекс, который возникает вследствие нарушения пищеварительно-транспортной функции тонкой кишки, что приводит к метаболическим расстройствам) (чаще возникает при массивном заражении): признаки белково-энергетической недостаточности; признаки поливитаминовой недостаточности и дефицита минералов, анемии гипохромного типа; снижение массы тела; отставание в физическом развитии.

Критерии тяжести лямблиоза:

выраженность симптомов интоксикации;

выраженность клинических проявлений;

наличие или отсутствие осложнений



## лечения

Немедикаментозное лечение: Диета № 5, направленная на создание условий, ухудшающих размножение лямблий (ограничение углеводов и исключение молочных продуктов); введение продуктов, являющихся нутритивными сорбентами (каши, отруби, печеные яблоки, груши, сухофрукты, растительное масло).

Медикаментозное лечение: Этиотропная терапия:

Метронидазол 750-1500 мг/сут в 3 приема в течение 5-7 дней

Албендазол 400мг/сут 1 р/день в течение 5 дней

Симптоматическая терапия

Мебеверин 200-400 мг/сут перорально

Урсодезоксихолиевая кислота 10мг/кг/сут (капсулы 250 мг 1-3 раза в день)

Панкреатин в средней дозе 150 000Ед/сут (1-2 табл 3 р/сут)

Флуконазол – внутрь в первый день 400 мг, а затем 200-400 мг 1 раз/сут., 6-8 недель.

Продолжительность лечения при криптококковых инфекциях зависит от клинической эффективности. При развитии у пациента поливитаминовой недостаточности назначают поливитаминовые препараты.

Показания для консультации специалистов:

консультация гастроэнтеролога – при поражении желудочно-кишечного тракта;

консультация дерматовенеролога – при аллергических дерматитах, крапивнице, экземе, нейродерматитах;

консультация аллерголога – при развитии тяжелых токсико-аллергических реакций;

консультация пульмонолога – при развитии бронхолегочного синдрома

Профилактические мероприятия

соблюдение правил личной гигиены (мытьё рук, овощей, фруктов); использование дезинфекционных средств, воздействующих на факторы передачи, кипячение питьевой воды, борьба с мухами; обеспечение населения безопасной питьевой водой; выявление источника инфекции и своевременное лечение больных лямблиозом; специфическая профилактика не проводится

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Среди больных аллергодерматозами пораженность лямблиозом составляет 67,4-78,0% что связано с выраженными отклонениями в иммунной защите больных на системном и локальном (кожа, слизистые оболочки) У данных больных лямблиоз существует на фоне выраженной аллергической настроенности, поливалентной сенсализации к лекарственным и другим аллергенам, его течение носит длительный, затяжной характер, а курсы терапии сопровождаются, кроме обычных побочных явлений, еще и обострением основного кожного процесса, появлением дополнительных аллергических реакций по немедленному типу. Таким образом, разработка щадящих и эффективных методов санации лямблиоза у больных аллергодерматозами является актуальной проблемой в дерматологии.

### **Список использованной литературы:**

- 1) Сергиев В.П., Лобзин Ю.В., Козлов С.С. Паразитарные болезни человека (протозоозы и гельминтозы).- Санкт-Петербург.- 2006.- 592с.).
- 2) 2. Профилактика лямблиоза. Методические указания. МУ 3.2.1882–04 (утверждено Главным государственным санитарным врачом РФ 03.03.2004 г.)
- 3) Амиреев С.А., Муминов Т.А., Сергиев В.П., Оспанов К.С. Стандарты и алгоритмы мероприятий при инфекционных и паразитарных болезнях: практическое руководство. – Алматы, 2008. – Т. 2. – 845 с.
- 5) Венгеров Ю.В., Мигманов Т.Э., Нагибина М.В. Инфекционные болезни и паразитарные болезни: справочник практического врача. – М.: МЕДпрессинформ, 2010. – 448 с

## Рецензия

Реферат ординатора Сиротовой А.М на тему «Аллергодерматозы вызванные лямблиозом» освещает непростую проблему, которая актуальна в современном мире , поскольку затрагивает социально-психологическую , эстетическую проблему граждан .

Оценивая представленную работу, можно отметить тот факто, что автор стремился максимально подробно разобраться и изложить изучаемый теоретический материал и справился с поставленной задачей . Реферат написан хорошим литературным языком, проиллюстрирован и оформлен в соответствии с требованиями : титульный лист, план- оглавление со страницами, введение, этиология ,классификация ,клиника , лечение , заключение, списки литературы, ссылки на использованную литературу в соответствии со стандартами.

Материал представлен в печатной форме на 11 листах.

Работа выполнена на хорошем уровне и заслуживает оценки «отлично».

Проверил: д.м.н. профессор Карачева Ю.В.

Подпись: