

УДК 616.99-056.3:576.893.161.22

DOI: <https://doi.org/10.17816/RFD96145>

Семейный случай лямблиоза, протекавшего по типу аллергической крапивницы, в совместной практике семейного врача и педиатра

М.О. Мохика Эстепа¹, И.А. Василенко², И.Е. Моисеева¹

¹ Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия;

² ООО «Семейный доктор», Санкт-Петербург, Россия

На сегодняшний день лямблиоз остается актуальным заболеванием в практике семейных врачей, терапевтов и педиатров. Довольно часты семейные случаи лямблиоза, поэтому при выявлении заболевания у одного человека необходимо обследование всех членов его семьи. Сложность обнаружения лямблиоза у детей обусловлена прежде всего тем, что его проявления часто маскируются под различные клинические варианты гастроэнтерологической патологии (функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта, синдром избыточного роста микрофлоры в тонкой кишке, синдром мальабсорбции) и нередко протекают с клинической картиной аллергических заболеваний: рецидивирующей крапивницы, атопического дерматита, гастроинтестинальной формы пищевой аллергии и др.

В статье представлен клинический случай семейного лямблиоза. Наибольшую сложность вызвала первичная диагностика у ребенка заболевания, протекавшего в форме крапивницы тяжелой степени, при наличии возможных аллергенов дома. Это привело к длительной диагностике и двум экстренным госпитализациям в детские стационары, где несмотря на обследование и лечение правильный диагноз не был своевременно заподозрен. Дифференциальную диагностику на первых этапах ведения пациента проводили между аллергической крапивницей, инфекционным мононуклеозом и стрептококковой инфекцией, возможность наличия лямблиоза не была учтена. Затруднения в диагностике привели к назначению системных глюкокортикоидов и необоснованной антибактериальной терапии. Косвенно длительная диагностика и несвоевременное начало лечения снизили мотивацию к обследованию и лечению пациента у его родителей из-за недоверия к врачам.

Ключевые слова: лямблиоз; аллергическая крапивница; диагностика.

Как цитировать:

Мохика Эстепа М.О., Василенко И.А., Моисеева И.Е. Семейный случай лямблиоза, протекавшего по типу аллергической крапивницы, в совместной практике семейного врача и педиатра // Российский семейный врач. 2022. Т. 26. № 3. С. 43–48. DOI: <https://doi.org/10.17816/RFD96145>

DOI: <https://doi.org/10.17816/RFD96145>

A family case of giardiasis manifested as allergic urticaria in the joint practice of a family doctor and a pediatrician

Maria O. Mohika Estepa¹, Irina A. Vasilenko², Irina E. Moiseeva¹

¹ North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russia;

² Medical clinic "Family Doctor", Saint Peterburg, Russia

To date, giardiasis remains an urgent disease in the practice of family doctors, internists and pediatricians. Family cases of giardiasis are quite common. If one case of giardiasis is detected in the family, it is necessary to examine all family members. Currently, giardiasis remains relevant, especially in pediatrics. The difficulty of detecting giardiasis in children is primarily due to the fact that its manifestations are often disguised as various clinical variants of gastroenterological pathology (functional disorders of the gastrointestinal tract, syndrome of excessive growth of microflora in the small intestine, malabsorption syndrome) and often occur with the clinic of allergic diseases — recurrent urticaria, atopic dermatitis, gastrointestinal forms of food allergies and others forms.

The article presents a clinical case of familial giardiasis, in which the primary diagnosis of the disease in a child caused the greatest difficulty due to its allergic manifestations by the type of severe urticaria in the presence of possible allergens at home, which led to a long diagnosis and two emergency hospitalizations in children's hospitals, where despite the examination and treatment, the correct diagnosis was not suspected timely. Differential diagnosis at the first stages of patient management was carried out between allergic urticaria, infectious mononucleosis and streptococcal infection, the possibility of giardiasis was not considered. Difficulties in diagnosis led to the appointment of systemic glucocorticosteroids and unjustified antibacterial therapy. Indirectly, prolonged diagnosis and untimely start of treatment led to a decrease in motivation for examination and treatment of the patient's parents due to distrust of doctors.

Keywords: giardiasis; allergic urticarial; diagnosis.

To cite this article:

Mohika Estepa MO, Vasilenko IA, Moiseeva IE. A family case of giardiasis manifested as allergic urticaria in the joint practice of a family doctor and a pediatrician. *Russian Family Doctor*. 2022;26(3):43–48. DOI: <https://doi.org/10.17816/RFD96145>

Received: 09.01.2022

Accepted: 18.09.2022

Published: 30.09.2022

ВВЕДЕНИЕ

Лямблиоз — это кишечная протозойная инвазия, протекающая с разнообразными клиническими проявлениями или в форме бессимптомного носительства.

Эпидемиология. Источник заражения — человек, выделяющий с фекалиями зрелые цисты лямблий. Есть предположения, что возможно заражение человека штаммами *Giardia lamblia* от животных, но в настоящее время у этой гипотезы нет достаточных доказательств.

Механизм заражения — фекально-оральный. Основной путь передачи — водный. Степень загрязнения фекалиями окружающей среды — решающий фактор в уровне поражения населения лямблиозом. Почва является одним из дополнительных промежуточных факторов заражения. В детских учреждениях большое значение имеет контактно-бытовой путь заражения.

На территории центральной части России наиболее выражена весенне-летняя сезонность заболеваемости лямблиозом, наименьшее число случаев регистрируют в ноябре–декабре [1]. У лиц без навыков личной гигиены, а также умственно отсталых и психически больных людей наиболее высокий риск заразиться лямблиями [2]. Водный путь распространения лямблиоза обуславливает развитие крупных вспышек заболевания, реже групповые вспышки обусловлены заражением пищи [2, 3].

Ежегодно в России регистрируют более 40 тыс. случаев лямблиоза, заболеваемость составляет около 30 случаев на 100 тыс. населения [3]. Лямблиоз встречается во всех возрастных группах. В нашей стране большую часть инфицированных (70 %) составляют дети дошкольного и младшего школьного возрастов. Установлена относительно более высокая частота лямблиоза среди детей в возрасте до 9 лет, в 2–3 раза превышающая таковую у взрослых. Исследователи предполагают, что у взрослых в эндемичных очагах развивается определенный защитный иммунитет. Тем не менее, довольно часты семейные случаи лямблиоза [3].

Классификация. Единой общепринятой классификации лямблиоза на сегодняшний день нет. В рабочем протоколе диагностики и лечения лямблиоза у детей предложена классификация В.П. Новиковой, Е.А. Осмаловской, М.К. Бехтеревой (2011–2013) [2, 4].

По клиническим проявлениям лямблиоз делится на два следующих вида.

1. Типичный.
 2. Атипичный:
 - лямблионосительство (транзиторное носительство);
 - субклинический лямблиоз (со стертыми клиническими проявлениями).
- Существуют также три клинические формы лямблиоза.
1. Лямблиоз с преимущественным поражением пищеварительной системы:
 - интестинальная форма (в виде дуоденита и энтерита);
 - панкреатобилиарная (с билиарными дисфункциями);

- гастритическая форма;
 - сочетанная (интестинальная форма с поражением желудка и панкреатобилиарной системы).
2. Лямблиоз с преимущественным поражением других органов и систем:
 - с интоксикационно-аллергическими и кожными проявлениями;
 - с астеноневротическим синдромом;
 - с анемическим синдромом.
 3. Смешанный вариант.

По длительности заболевания лямблиоз разделяют на три типа:

- острый (до 1 мес.);
 - подострый (от 1 до 3 мес.);
 - хронический (более 3 мес.);
- Периоды течения лямблиоза:
- инкубационный;
 - клинических проявлений;
 - реконвалесценции (включая реконвалесцентное лямблионосительство);
 - хронизации.

По наличию осложнений выделяют два варианта лямблиоза.

1. Неосложненный.
 2. Осложненный:
 - при наличии специфических осложнений, таких как крапивница, отек Квинке, офтальмопатия, артриты, гипокалиемическая миопатия;
 - при наличии неспецифических осложнений, таких как наслоение интеркуррентных заболеваний, белково-энергетическая недостаточность и др.
- Относительно коморбидной патологии лямблиоз рассматривают:
- как основное заболевание;
 - как сопутствующее заболевание;
 - в составе смешанных инфекций и инвазий.

Частым проявлением лямблиоза являются аллергические реакции. По данным некоторых исследований, на его фоне возможно развитие крапивницы, ангионевротического отека, атопического дерматита. Частота таких нарушений при лямблиозе составляет около 25 % [5–7].

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациент А., 9 лет. Ребенок от нормально протекавшей беременности, при рождении масса тела 2600 г, длина тела 48 см. Рос и развивался по возрасту. Привит в соответствии с национальным календарем профилактических прививок. Из инфекционных заболеваний перенес острые респираторные вирусные инфекции и ветряную оспу. Аллергических реакций ранее не было. Наследственность: у матери — системный васкулит и полиартроз (женщина проходит обследование для исключения диагноза «ревматоидный артрит»), отец здоров. Семья (мать, отец и ребенок) проживает в собственной квартире, дома есть кот

и аквариумные рыбки. Кот проходит дегельминтизацию один раз в полгода, из квартиры не выходит.

Мама с ребенком обратились к педиатру центра семейной медицины 15 июня, когда у ребенка появились зудящие уртикарные высыпания на коже нижних конечностей. Поставлен диагноз «аллергическая крапивница», назначено лечение: прием Супрастина в дозе 12,5 мг 2 раза в сутки. На следующий день пятнисто-папулезных элементов стало больше, они распространились на туловище, бедра. Общее самочувствие ребенка не нарушилось, не было лихорадки, дизурических и катаральных явлений, диареи и других кишечных расстройств. Принимал Супрастин с незначительным положительным эффектом.

17 июня отмечено усиление высыпаний, их склонность к слиянию, зуд, припухлость элементов. Родители увеличили дозу Супрастина до 50 мг в сутки, но без эффекта. Вызвана бригада скорой медицинской помощи, введен преднизолон внутримышечно в дозе 60 мг, высыпания уменьшились. Госпитализирован в стационар с диагнозом «крапивница неуточненная». В стационаре проведено обследование. Клинический анализ крови без патологии, результат экспресс теста на коронавирусную инфекцию отрицательный, общий анализ мочи без патологии, яйца гельминтов в кале не обнаружены. Проведено лечение: преднизолон в дозе 60 мг 2 раза в день внутримышечно, Супрастин по 1,0 мл 2 раза в день внутримышечно, энтеросорбенты. Отмечен положительный эффект, крапивница купирована. Выписан в удовлетворительном состоянии 21 июня.

На следующий день после выписки вновь отмечено появление уртикарной сыпи (рисунок). В центре семейной медицины педиатр направил пациента к инфекционисту. По итогам консультации инфекционист поставил предварительный диагноз «инфекционный мононуклеоз», рекомендовал и провел обследование, включающее мазок из зева и носа на проверку состава микрофлоры, анализ

крови на наличие антител IgM и IgG к цитомегаловирусу и вирусу Эпштейна – Барр, а также определение уровней С-реактивного белка и антистрептолизина O. Отклонений от нормы при данном обследовании не выявлено.

23 июня получены результаты дополнительного обследования. Общий холестерин, глюкоза, креатинин, мочевины, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, амилаза, щелочная фосфатаза, иммуноглобулин E — в пределах нормы.

27 июня отмечено нарастание сыпи и зуда, вызвана бригада скорой медицинской помощи, ребенок доставлен в приемное отделение детской городской больницы с диагнозом «аллергическая крапивница». Проведено лабораторное и инструментальное обследование. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости без патологии, ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря без патологии. Клинический анализ крови показал микроциты, нейтрофилез (уровень нейтрофилов $8,13 \cdot 10^9/\text{л}$), аэозинофилию. Общий анализ мочи без патологии. Пациент выписан в тот же день с диагнозом «аллергическая крапивница, улучшение, стрептококковая инфекция?». Рекомендовано пройти обследование:

- анализ крови на определение уровня С-реактивного белка, активность лактатдегидрогеназы, креатинкиназы, уровня антистрептолизина O;
- тест методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) на наличие вируса простого герпеса 6 типа, парвовируса B19, микоплазменной и хламидийной инфекций (*Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamidia pneumoniae*), вирусов гепатита B и C, ВИЧ;
- реакция непрямой гемагглютинации крови на бактерии кишечной группы;
- посев кала на дизгруппу, посев мазка из зева и носа на флору и чувствительность, копрограмму, анализы кала на яйца гельминтов и цисты лямблий методом иммуногистохимии.



Рисунок. Уртикарная сыпь при лямблиозе. Фотографии педиатра от 18.06.2021

Figure. Allergic urticaria of giardiasis. Photo of a pediatrician dated 18.06.2021

Назначено лечение: цефиксим по 400 мг в день 7 дней (после анализа крови на аллергию на антибиотики), лоратадин по 5 мг в день 10 дней.

Амбулаторное обследование показало уровни антистрептолизина O и креатинкиназы в пределах нормы и содержание С-реактивного белка 3,34 мг/л (при норме до 3 мг/л). Антигены к вирусам гепатита В и С не обнаружены. Показатели клинического анализа крови, общего анализа мочи и копрограммы в пределах нормы. Анализ кала на яйца гельминтов без патологии. Результаты теста ПЦР на наличие вируса простого герпеса 6 типа, парвовируса В19, микоплазменной и хламидийной инфекций (*Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamidia pneumoniae*) — отрицательные. Посев мазка из зева и носа на флору и чувствительность показал присутствие золотистого стафилококка в количестве 10^5 бактерий с чувствительностью ко всем антибиотикам. Анализ кала на цисты лямблий выявил их наличие. Поставлен диагноз «лямблиоз с интоксикационно-аллергическими проявлениями, крапивница».

Отменено лечение цефиксимом и лоратадином. Проведено поэтапное лечение нифурателом в дозе 20 мг/кг в сутки в 2 приема (масса тела ребенка 21 кг) 7 дней, Аллохол — по 1 таблетке 2 раза в день 7 дней, Максилаком — по 1,5 г в день 14 дней.

Педиатр направил родителей пациента на консультацию к врачу общей практики, который рекомендовал им дообследование. От обследования родители отказались. Мать ребенка самостоятельно начала принимать Аллохол по 1 таблетке 3 раза в день. На 3-й день приема Аллохола у нее появились пятнисто-папулезные высыпания, склонные к слиянию, сопровождающиеся зудом. Она сдала анализ кала на цисты лямблий, выявивший их наличие. Врач общей практики провел консультацию, назначил тинидазол по 2 г один раз в сутки 7 дней, рекомендовал продолжить прием Аллохола по 1 таблетке 3 раза в день 10 дней, а также принимать энтеросорбенты — Энтеросгель по 15 г 3 раза в день 7 дней через час после приема пищи и лекарственных препаратов. Лечение было эффективным. При контрольном исследовании кала у ребенка и родителей через один месяц после лечения цисты лямблий не обнаружены.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Инфекционные болезни: национальное руководство / под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. Москва: ГЭОТАР Медиа, 2019. 1104 с.
2. Усенко Д.В., Конаныхина С.Ю. Современные аспекты диагностики и лечения лямблиоза // Вопросы современной педиатрии. 2015. Т. 14, № 1. 108–113. DOI: 10.15690/vsp.v14i1.1268
3. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Письмо от 11 декабря 2018 года № 01/16095-2018-27 «О заболеваемости протозоозами в Российской Федерации» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/document/552331064>. Дата обращения: 20.09.2022.
4. Бехтерева М.К., Луппова Н.Е., Корниенко Е.А. и др. Рабочий протокол диагностики и лечения лямблиоза у детей // Вопросы детской диетологии. 2013. Т. 11, № 6. С. 72–77.
5. Беляева Л.М., Микульчик Н.В., Панулина Н.И. Проблема лямблиоза в педиатрической практике // Репродуктивное здоровье в Беларуси. 2009. № 1(1). С. 87–95.
6. Аракельян Р.С., Галимзянов Х.М., Демидова Л.В. и др. Клинические аспекты течения лямблиоза у детей с аллергическими проявлениями // Доктор.Ру. 2017. № 15(144). С. 52–54.
7. Humbert P., Guichard A., Bennani I., Chiheb S. Giardia duodenalis and its involvement in skin diseases // Ann. Dermatol. Venereol. 2017. Vol. 144, No. 11. P. 676–684. (In French). DOI: 10.1016/j.annder.2017.08.002

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данный клинический случай продемонстрировал, что причиной уртикарной сыпи у детей и взрослых может быть протозойная инвазия, что делает необходимым обследование на предмет выявления лямблиоза пациентов с признаками аллергического поражения кожных покровов.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Источник финансирования. Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Вклад авторов. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства, согласно международным критериям ICMJE (все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение анализа данных и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией). Наибольший вклад распределен следующим образом: *М.О. Мохица Эстепа* — сбор и анализ литературных источников, подготовка и написание текста статьи; *И.А. Василенко* — сбор и анализ клинических данных, анализ литературных источников, написание текста статьи; *И.Е. Моисеева* — анализ клинических данных, написание и редактирование текста статьи.

ADDITIONAL INFORMATION

Source of funding. The study was conducted without sponsorship.

Conflict of interest. The authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Authors contribution. All authors confirm the compliance of their authorship, according to the international ICMJE criteria (all authors have made a significant contribution to the development concepts, data analysis and preparation of the article, read and approved the final version before publication). The greatest contribution is distributed as follows: *M.O. Mohika Estepa* — collection and analysis collection of literary sources, preparation and writing of the text of the article; *I.A. Vasilenko* — collection and analysis of clinical data, analysis of literary sources, writing of the text of the article; *I.E. Moiseeva* — analysis of clinical data, writing and editing of the text of the article.

REFERENCES

1. Infektsionnye bolezni: natsional'noe rukovodstvo. Ed. by N.D. Yushchuk, Yu.Ya. Vengerov. Moscow: GEHOTAR Media; 2019. 1104 p. (In Russ.)
2. Usenko DV, Konanykhina SYu. Modern aspects of giardiasis diagnosis and treatment. *Current Pediatrics*. 2015;14(1):108–113. (In Russ.). DOI: 10.15690/vsp.v14i1.1268
3. Federal'naya sluzhba po nadzoru v sfere zashchity prav potrebiteli i blagopoluchiya cheloveka. Pis'mo ot 11 dekabrya 2018 goda No 01/16095-2018-27 "O zabolevaemosti protozozami v Rossiiskoi Federatsii" [Internet]. Available from: <https://docs.cntd.ru/document/552331064>. Accessed: 20.09.2022. (In Russ.)
4. Bekhtereva MK, Luppova NE, Kornienko EA, et al. Working protocol for diagnosis and treatment of giardiasis in children. *Pediatric Nutrition*. 2013;11(6):72–77. (In Russ.)
5. Belyaeva LM, Mikul'chik NV, Panulina N.I. Problema lyamblioza v pediatricheskoi praktike. *Reproduktivnoe zdorov'e v Belarusi*. 2009;(1(1)):87–95. (In Russ.)
6. Arakelyan RS, Galimzyanov KhM, Demidova LV, et al. Clinical aspects of lambliaosis in pediatric patents accompanied by signs of allergies. *Doktor.Ru*. 2017;(15(144)):52–54. (In Russ.)
7. Humbert P, Guichard A, Bennani I, Chiheb S. Giardia duodenalis and its involvement in skin diseases. *Ann Dermatol Venereol*. 2017;144(11):676–684. (In French). DOI: 10.1016/j.annder.2017.08.002

ОБ АВТОРАХ

*** Мария Оскаровна Мохика Эстепа;**

адрес: Россия, 191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41;
e-mail: yara555@mail.ru

Ирина Андреевна Василенко;

e-mail: michina03021996@gmail.com

Ирина Евгеньевна Моисеева, канд. мед. наук, доцент;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0236-7028>;
Scopus Author ID: 19836776500; ResearcherId: O-4125-2014;
eLibrary SPIN: 9030-7975;
e-mail: irina.moiseeva@szgmu.ru

AUTHORS INFO

*** Maria O. Mohika Estepa;**

address: 41 Kirochnaya St., Saint Petersburg, 191015, Russia;
e-mail: yara555@mail.ru

Irina A. Vasilenko;

e-mail: michina03021996@gmail.com

Irina E. Moiseeva, MD, Cand. Sci. (Med.), Assistant Professor;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0236-7028>;
Scopus Author ID: 19836776500; ResearcherId: O-4125-2014;
eLibrary SPIN: 9030-7975;
e-mail: irina.moiseeva@szgmu.ru

* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author