

Гвинея-Червь: Борьба С Драконкулезом И Путь К Глобальной Ликвидации

*Нуралиева Нилюфар Улугбековна¹, Тухтасинова Малика Илхамовна²,
Худойбердиева Маърифат Осимжоновна³*

Аннотация: Драконкулёз (или болезнь Гвинейского червя) представляет собой паразитарное заболевание, вызываемое нематодой *Dracunculus medinensis* и передающееся исключительно через употребление заражённой воды. Несмотря на отсутствие специфического лечения или вакцины, за последние десятилетия благодаря международным усилиям по профилактике, мониторингу и санитарному просвещению заболевание было сведено практически к нулю: с 3,5 миллионов случаев в середине 1980-х годов до 13 зарегистрированных случаев у людей в 2024 году.

Введение. Статья освещает биологические особенности паразита, его жизненный цикл, пути передачи и клинические проявления, а также основные стратегические меры по ликвидации болезни — от фильтрации воды и химической обработки водоёмов до изоляции заражённых людей и животных. Отдельное внимание уделено вызовам финального этапа искоренения заболевания, включая трудности эпиднадзора в отдалённых и конфликтных регионах, а также растущей проблеме передачи инфекции среди животных. Рассматривается роль Всемирной организации здравоохранения, Центра Картера и других партнёров в глобальной кампании, а также критерии сертификации стран как свободных от драконкулёза.

Ришта — паразитический круглый червь, возбудитель драконкулёза. Драконкулёз — это инвалидирующее паразитарное заболевание. Впервые это заболевание было описано Абу Али Ибн Сино в XI в., в своих трудах по медицине, особенно в "Каноне врачебной науки", в разделе, посвящённом паразитическим болезням и их диагностике. Это заболевание характеризуется появлением длинного червеобразного паразита, который выходит из тела человека, чаще всего через кожу нижних конечностей. В «Каноне» Ибн Сина подробно описал клинические проявления ришты, методы диагностики и лечения. Он рекомендовал осторожное извлечение паразита из тела пациента, чтобы избежать его разрыва и последующих осложнений. Этот метод заключался в медленном наматывании червя на палочку, что соответствует современным представлениям о лечении драконкулёза.

В 1843 году русский путешественник и востоковед Иван Васильевич Хануков, побывавший в Бухаре, дал одно из первых этнографических описаний драконкулёза в Средней Азии. В своих записях он говорил, про высокую распространённость болезни среди местного населения, особенно в жаркое время года. А также выявил метод лечения, применяемый бухарскими табибами, т.е. народными врачами. Червя медленно извлекали через кожную язву, наматывали на маленькую деревянную палочку, проводили эту процедуру ежедневно по чуть-чуть, чтобы не порвать червя, иначе в теле оставалась часть паразита, что вызывало воспаление и осложнения.

Из европейских ученых, это заболевание впервые научно было описано Линнеем в 1758 г., в 10-м издании "Systema Naturae", как отдельный вид и именно он присвоил ей латинское название:

¹ Ташкентская Медицинская Академия

² Ташкентская Медицинская Академия

³ Научный руководитель, Ташкентская Медицинская Академия



Dracunculus medinensis, что в переводе означает «маленький дракон из Медины», такое название было из-за региона, где часто встречалась болезнь. Линней поместил ришту в род *Dracunculus*, подчеркивая змееподобную форму и поведение червя, выходящего из тела человека.

Описание Ришты. В зависимости от пола ришты длина их отличается, у самки до 120 см, а у самца — только 2 см. Заболевание распространено в зонах с тропическим и субтропическим климатом, раньше встречалось в Средней Азии. На переднем конце тела ришты имеется рот треугольной формы переходящий в пищевод, который в свою очередь переходит в цилиндрический желудочек, заканчивающийся анальным отверстием близ заднего конца.

Цикл развития ришты изучен русским зоологом и путешественником А. П. Федченко (1868-1871гг.). Жизненный цикл осуществляется со сменой хозяев и связан с водной средой. Окончательные хозяева ришты — человек, обезьяны, домашние и дикие млекопитающие, у которых черви локализуются под кожей конечностей. У человека наиболее частая локализация — под кожей ног в области суставов и в подкожной клетчатке окончательного хозяина, ришта вызывает образование нарывов. Описаны случаи обнаружения гельминта под серозной оболочкой желудка, под мозговыми оболочками, в стенке пищевода. Над передним концом зрелой самки образуется кожный пузырь, заполненный серозной жидкостью. Человек при этом ощущает сильный зуд, проходящий при соприкосновении с водой. Опускание ног в воду сопровождается разрывом пузыря и рождением живых микроскопических личинок, которые сразу проглатываются промежуточными хозяевами — циклопами. В полости тела циклопов они через несколько дней достигают инвазионности и при проглатывании с водой таких рачков его микрофилярии ришты стенку кишечника, попадая в подкожную клетчатку, где и происходит развитие половозрелой особи примерно через год. Самки паразита являются живородящими. Весь жизненный цикл ришты длится 1 год. Интересно, что развитие паразитов у инвазированных людей происходит синхронно, таким образом, что самки становятся способными рожать личинок одновременно почти у всех носителей паразита. Этим достигается резкое повышение вероятности заражения огромного количества циклопов, а затем и основных хозяев в течение небольшого интервала времени. Эта особенность жизненного цикла ришты имеет огромное адаптивное значение в зонах с засушливым климатом и редкими, повторяющимися из года в год дождевыми периодами. Она имеет и существенное медицинское значение в связи с тем, что в очагах распространения дракункулеза выявляется большое количество пораженных этим паразитом людей в течение небольшого временного интервала. Это облегчает врачу постановку диагноза, лечение и проведение профилактических мероприятий. Кроме общих аллергических реакций обязательно проявляется и местное воздействие паразита: локальные воспалительные реакции и нарушение функций суставов, прилежащих к зоне поражения.

Масштабы проблемы. В середине 1980-х годов ежегодно регистрировалось около 3,5 миллионов случаев дракункулёза в 20 странах мира, 17 из которых располагались в Африке, а оставшиеся 3 — в Азии. Впоследствии вмешательства снизили количество зарегистрированных случаев до менее 10 000 в 2007 году, затем до 542 в 2012 году и 126 в 2014 году. С 2015 года количество случаев заболевания оставалось в пределах двузначных чисел, снизившись с 22 в 2015 году до 13 (предварительные данные) в 2024 году. В том же году 12 деревень в Чаде (7 случаев) и Южном Судане (6 случаев) составили все известные случаи заболевания. Пять стран — Ангола, Чад, Эфиопия, Мали и Южный Судан — остаются эндемичными, в то время как Судан находится на стадии до сертификации, а Камерун, сертифицированная страна, сталкивается с трансграничной передачей болезни на своём северном краю с Чадом. Локализованная передача болезни от гвинейского червя среди животных, в основном домашних собак и кошек, добавляет дополнительную сложность для программы искоренения.

Путь к искоренению. Исключение и затем искоренение дракункулёза поддерживаются Всемирной Ассамблеей Здравоохранения (ВАЗ). В мае 1981 года Межагентственный координационный комитет для сотрудничества в рамках Международного десятилетия



водоснабжения и санитарии (1981–1990) определил исключение дракункулёза как показатель успеха десятилетия. В том же году ВОЗ приняла резолюцию, признающую возможность прерывания передачи дракункулёза в рамках этого десятилетия. Это привело к разработке системной стратегии и технических рекомендаций ВОЗ и Центрами по контролю и профилактике заболеваний США.

В 1986 году Центр Картера присоединился к глобальной кампании против заболевания в партнёрстве с ВОЗ и ЮНИСЕФ.

Методы для искоренения. Для дракункулёза не существует вакцины или лекарства, но меры профилактики и эпиднадзора привели заболевание к грани искоренения. Основные подходы включают, эпиднадзор и картографирование, определение эндемичных и уязвимых сообществ; своевременное выявление и сообщение о людях или животных с инфекцией; подтверждение случаев в лаборатории. Доступ к безопасной воде, бурение защищённых колодцев или буровых скважин, продвижение использования фильтров из ткани или трубок в отсутствие безопасной питьевой воды и предотвращение контакта с загрязнёнными источниками при выходе червей. Контроль переносчиков, регулярное применение темефоса (Abate®) в стоячей воде для уничтожения заражённых водяных блох. Образование сообщества, важность раннего выявления случаев и сообщения о них, предотвращение загрязнения воды животными и правильное управление отходами водных животных. Изоляция случаев, немедленное изолирование инфицированных людей или животных, обеспечение ухода за ранами и активное привязывание домашних собак и кошек. Докладность и награды, поддержание высокого уровня эпиднадзора, поощрение своевременных сообщений о случаях и постоянный обмен данными с национальными и глобальными властями.

Заключение. Борьба с дракункулёзом — это выдающийся пример глобального общественного здравоохранения, основанного не на медицинском вмешательстве, а на профилактике, санитарном образовании и международной солидарности. Несмотря на отсутствие вакцины или специфического лечения, благодаря скоординированным действиям удалось сократить заболеваемость с 3,5 миллионов случаев в 1980-х до единичных случаев в последние годы. Однако окончательная ликвидация остаётся вызовом из-за остаточных очагов инфекции, нестабильной ситуации в эндемичных регионах и продолжающейся передачи среди животных. Устойчивый эпиднадзор, межсекторальное сотрудничество, активное участие сообществ и контроль трансграничных перемещений — ключевые условия достижения полной эрадикации заболевания. Успешное завершение кампании против дракункулёза не только избавит человечество от ещё одного паразита, но и укрепит веру в возможности глобальных программ по ликвидации других запущенных тропических болезней.

Список литературы.

1. World Health Organization. (2025, January 30). *Dracunculiasis (Guinea-worm disease)*. Retrieved from [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dracunculiasis-\(guinea-worm-disease\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dracunculiasis-(guinea-worm-disease))
2. Hopkins, D. R., Ruiz-Tiben, E., Eberhard, M. L., Weiss, A. J., Withers Jr, P. C., & Roy, S. L. (2013). *Progress toward global eradication of dracunculiasis, January 2012–June 2013*. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, 62(41), 841–844. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/wr/mm6745a4.htm>
3. The Carter Center. (2024). *Guinea Worm Eradication Program Status Report*. Atlanta, GA: The Carter Center. https://www.cartercenter.org/health/guinea_worm/index.html
4. Ruiz-Tiben, E., & Hopkins, D. R. (2006). *Dracunculiasis (Guinea worm disease) eradication*. *Advances in Parasitology*, 61, 275–309. [https://doi.org/10.1016/S0065-308X\(05\)61007-8](https://doi.org/10.1016/S0065-308X(05)61007-8)



5. World Health Assembly. (2011). *Resolution WHA64.16 – Eradication of dracunculiasis*. Geneva: WHO.
<https://doi.org/10.1177/146642400512500610>
6. World Health Organization. (2023). *Criteria for certification of dracunculiasis eradication*. Geneva: WHO.
[https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dracunculiasis-\(guinea-worm-disease\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dracunculiasis-(guinea-worm-disease))

