

Enterobius Vermicularis Как Возможная Причина Аппендицита

Амиркулова Фарангиз Джамшидовна¹, Худойбердиева Маришат Осимжоновна²

Аннотация: *Enterobius vermicularis* - один из наиболее распространённых кишечных паразитов человека, особенно среди детей. Широко известна как острица из-за длинного заострённого хвоста самки. В некоторых регионах используются также названия «seatworm» (анальный червь). В статье представлен обзор современных клинико-патологических данных, подтверждающих участие *E. vermicularis* в воспалении аппендикса.

Введение. Острый аппендицит остаётся одной из ведущих причин экстренных хирургических вмешательств в мире. Несмотря на традиционные представления о бактериальной природе заболевания, накапливаются данные об участии паразитов в воспалительных процессах червеобразного отростка. В особенности это касается *Enterobius vermicularis*, который выявляется при гистологическом исследовании удалённых аппендиксов в разных странах [1].

Целью данной статьи является, во-первых, обобщить данные современной литературы о распространённости и патогенезе *E. Vermicularis* при аппендиците; во-вторых, рассмотреть диагностические подходы; в-третьих, показать историческое развитие взглядов на паразитарные заболевания кишечника, начиная с трудов средневековых учёных Востока.

Первыми, кто дал описание данным паразитам были Аль-Рази и Абу Али Ибн Сина. Абу Бакр ар-Рази описал признаки, сопровождающихся «ползанием червей», а также предложил методы лечения с использованием растительных антипаразитарных средств, таких как чеснок и полынь. Авиценна — выдающийся учёный эпохи исламского Золотого века. В своем труде «Каноне врачебной науки» подробно описал кишечные расстройства, боли в правой подвздошной области, причины лихорадки и истощения, а также указал на «червей», обитающих в кишечнике, как возможных причин этих состояний. Термин *Enterobius vermicularis* в те времена не использовался, речь шла именно об этом паразите, учитывая его распространённость и клинические проявления. Уже в XVIII-XIX веках, ученые, такие как Карл Линней и Жоанн Батист Вон Рудольф, ввели термин *Enterobius vermicularis*. В 1758 году, в 10-м издании своего труда *Systema Naturae*, Линней дал этому гельминту научное название *Ascaris vermicularis*. Позже, немецкий паразитолог Жоанн Батист Вон Рудольф, выделил этот вид в отдельный род *Enterobius*, основываясь на морфологических отличиях от других аскарид.

Жизненный цикл. Беременные самки *Enterobius vermicularis* откладывают яйца на кожных складках вокруг анального отверстия. Заражение происходит через аутоинвазию (самозаражение), когда яйца попадают в рот с загрязнённых рук, почесавших анальную область, или через контакт с заражённой окружающей средой (поверхности, одежда, постельное бельё и т. д.). После проглатывания зрелых яиц личинки вылупляются в тонкой кишке, а взрослые черви поселяются в толстой кишке, преимущественно в слепой кишке.

Период от заражения до откладывания яиц составляет около одного месяца. Взрослые самки достигают размеров 8–13 мм, самцы — 2–5 мм. Продолжительность жизни взрослых особей — около двух месяцев. Ночью беременные самки мигрируют из анального отверстия и

¹ Ташкентская Медицинская Академия

² Научный руководитель, Ташкентская Медицинская Академия



откладывают яйца, передвигаясь по коже перианальной области. Личинки внутри яиц развиваются и становятся заразными в течение 4–6 часов при благоприятных условиях.

В редких случаях яйца могут попасть в воздух, быть вдохнуты и проглочены. Также может происходить ретроинфекция — проникновение вылупившихся личинок с кожи обратно в прямую кишку, но частота такого пути заражения неизвестна.

Географическое распространение. *Enterobius vermicularis* встречается повсеместно, наиболее часто заражение наблюдается у дошкольников и школьников, а также в перенаселённых условиях.

Распространённость паразита при аппендиците. Исследования в разных странах показывают низкую, но стабильную частоту обнаружения *E. vermicularis* в удалённых аппендиксах — от 0.2% до 3.4%. Например, если брать Турцию, то среди 1446 пациентов с клиническим аппендицитом острицы были обнаружены у 9 (0.62%) пациентов. Только в одном случае был подтверждён острый аппендицит, в остальных — гиперплазия лимфоидной ткани. В Бразилии за 10 лет из 1600 аппендэктомий 24 (1.5%) показали наличие гельминтов, в 23 случаях — *E. vermicularis*. 12 из них сопровождалось признаками острого воспаления. Соответственно, острица чаще обнаруживается в неизменённом аппендиксе, но при этом может вызывать симптомы, имитирующие острый аппендицит [2].

Клиническая ситуация. Энтеробиоз, вызываемый *Enterobius vermicularis*, нередко протекает бессимптомно, особенно у взрослых. Однако у детей наиболее типичным симптомом является выраженный зуд в перианальной области, особенно в ночное время. Это связано с ночной миграцией самок остриц к анусу для откладывания яиц. Частое расчесывание может привести к микроповреждениям кожи, а в ряде случаев — к вторичной бактериальной инфекции.

Дополнительные симптомы, которые нередко наблюдаются у детей.

Скрежетание зубами (бруксизм) во сне, ночной энурез, бессонница и тревожный сон, снижение аппетита (анорексия), повышенная раздражительность, абдоминальная боль, которая может имитировать острый аппендицит.

У девочек и женщин возможна миграция паразита в половые пути, вызывая вульвовагинит, вагинальные выделения и, в редких случаях, — образование гранулём в области малого таза и на брюшине. Описаны единичные случаи эктопической локализации паразита, включая эозинофильный колит, ассоциированный с личинками *E. vermicularis*.

Диагностическая тактика при подозрении на энтеробиоз включает преимущественно микроскопическое выявление яиц паразита в материале, собранном с кожи перианальной области. Метод выбора — тест с целлофановой лентой. Исследование проводится утром, до акта дефекации и гигиенических процедур. Кожа анальной области аккуратно прижимается прозрачной липкой лентой. Лента наклеивается на предметное стекло и изучается под микроскопом.

Значение в хирургии. В ряде случаев личинки или взрослые формы остриц обнаруживаются в просвете аппендикса при гистологическом исследовании после аппендэктомии. Однако их прямое участие в патогенезе острого аппендицита до сих пор остаётся предметом научной дискуссии. Большинство авторов склоняются к мнению, что *E. vermicularis* чаще вызывает «фальшивый аппендицит», провоцируя боли и лимфоидную гиперплазию, но не истинное воспаление [5].

Использованная литература.

1. Enterobius vermicularis-associated appendicitis. John Sousa, Russell Hawkins, Archana Shenoy, Robin Petroze, Moiz Mustafa, Janice Taylor, Shawn Larson, Saleem Islam; 2022
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34756582/PubMed>
2. Enterobius vermicularis causing acute appendicitis. Zuhair D. Hammood, Abdulwahid M. Salih, Shvan H. Mohammed, Fahmi H. Kakamad, Karzan M. Salih, Diyar A. Omar, Marwan N. Hassan,



Shadi H. Sidiq, Mohammed Q. Mustafa, Imad J. Habibullah, Drood C. Usf, Anmar E. Al Obaidi; 2020. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31586892/>PubMed+6PubMed+6NCBI+6

3. Acute appendicitis caused by *Enterobius vermicularis*
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8319506/>
4. Систематический обзор и мета-анализ по роли *E. vermicularis* в аппендиците. Ali Taghipour, Meysam Olfatifar, Ehsan Javanmard, Mojtaba Norouzi, Hamed Mirjalali, Mohammad Reza Zali; 2020
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32324817/>PubMed
5. Appendiceal *Enterobius vermicularis* infestation in adults
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18050832/>PubMed+8PubMed+8PubMed+8
6. Wikipedia: Pinworm infection
https://en.wikipedia.org/wiki/Pinworm_infection

