

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИКРОЦЕЛИОЗА

М.Г. Авдеева, Л.П. Блажня

Кубанский государственный медицинский университет (Россия).

Дикроцелиоз - редкое заболевание человека, возникающее при случайном заглатывании во время приема пищи на природе инвазированных муравьев, содержащих метацеркарии ланцетовидной двуустки *Dicrocoelium lanceatum*. Клинически дикроцелиоз проявляется симптомами поражения печени и желчевыводящих путей, имеет сходство с описторхозом. Недостаточно изученная клиническая картина и плохая осведомленность врачей существенно затрудняют диагностику заболевания. Приводим описание клинического случая дикроцелиоза. Больной Д., 60 лет, полгода назад переехал в Краснодарский край из Томска, где часто ходил на рыбалку с ночевкой на природе и употреблением в пищу рыбы. Болен в течение последнего года, когда отметил ухудшение общего состояния. Предъявляет жалобы на слабость, боли в суставах, более выраженные в правом коленном суставе, субфебрильную температуру тела, периодические боли в правом подреберье, чаще на голодный желудок. При обращении за медицинской помощью в Томске и проведении обследования в кале однократно были обнаружены описторхисы, специфическое лечение не проводилось, получал патогенетические средства. При объективном осмотре: кожные покровы обычной окраски, живот при пальпации болезнен в эпигастральной области и в точке желчного пузыря, пальпируется плотно-эластичный край увеличенной печени 11/0,5 x 10 x 9 см. Лабораторно в ОАК: лейкоциты - 5,59 x 10⁹/л, эозинофилы - 4%, лимфоциты - 54%. Биохимическое исследование крови без патологии. При УЗИ выявлены умеренные диффузные изменения печени. На РИИ печени - умеренно выраженные признаки хронического гепатита, косвенные признаки патологии

желчного пузыря. На ЭКГ - очаговые нарушения внутрижелудочковой проводимости. Обследование в специализированной клинической инфекционной больнице г. Краснодара показало отсутствие описторхов в кале и отрицательные значения ИФА к описторхозному антигену. Это позволило исключить диагноз описторхоза. Повторные копрологические исследование выявили у больного яйца *Dicrocoelium lanceatum*. При дополнительном исследовании определен положительный НВsAg и антитела IgG НВcor, позволившие впервые диагностировать хронический гепатит В. Методом ИФА выявлены Ig G к цитомегаловирусной инфекции и токсоплазмам. В результате установлен клинический диагноз: Дикроцелиоз (обнаружение в кале яиц *Dicrocoelium lanceatum*). Сопутствующие заболевания: хронический гепатит В с минимальной активностью, хронический приобретенный токсоплазмоз вне обострения и приобретенная цитомегаловирусная инфекция латентное течение. Назначено специфическое лечение: бильтрицид 75/мг/кг в три приема. На фоне лечения бильтрицидом отмечено кратковременное повышение трансаминаз - АЛТ до 2,5 норм, АСТ - до 1,5 норм, купированное назначением гепатопротекторов и инфузионной терапии. Контрольное исследование кала не выявило паразитов. Данный клинический случай демонстрирует сложность диагностики дикроцелиоза при наличии сопутствующей патологии (вирусный гепатит В, токсоплазмоз, цитомегаловирусная инфекция) имеющей сходные клинические проявления. Определение ведущей причины патологического состояния должно проводиться с учетом всего клинко-лабораторного комплекса.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАВОЗНОЙ МАЛЯРИИ В ПРИБАЙКАЛЬЕ

К.А. Антонов, А.Т. Абашов, А.А. Кузьмин

Иркутский государственный медицинский университет (Россия).

На территории Восточной Сибири из 4 видов возбудителей малярии человека наибольшего распространения достигает *P. vivax*. Это объясняется в основном способностью *P. vivax* развиваться в переносчике при более низких температурах, чем другие виды, а также большей длительностью течения трехдневной

малярии. Приспособленность данного вида возбудителя малярии к выживанию в разных климатических зонах обусловлена способностью его длительно, в течение нескольких месяцев и даже лет сохраняться в организме хозяина в неактивном, дремлющем состоянии, в виде так называемых брадиспорозоитов, или гипно-