

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-

зоитов. В регионе с первичной трехдневной малярией (*Pl. vivax*) мы наблюдали 231 человек и с рецидивами трехдневной малярии -29. Рецидив тропической малярии наблюдался в одном случае. Заражение у больных наступило вне территории Восточной Сибири. Завозные случаи по видовому составу возбудителей распределились следующим образом: *P. vivax* – 260 (92,5%), *P. falciparum* – 17 (6,1 %) и *P. ovale* – 3 (1,1 %), микст-форма (*Pl. vivax* и *falciparum*) – 1 (0,3%). На территории Иркутской области в последние годы отмечается снижение заболеваемости малярией: за период с 2002 по 2013 г. выявлено всего 7 завозных случаев. Завоз произошел из республик СНГ (Таджикистан, Азербайджан по 2 случая), Африки (Гвинея, Южный Судан) и Азии (Южная Корея). В 2-х случаях была завезена тропическая малярия, в 5 случаях (71%) трехдневная, в 3 случаях завоз малярии совпал с сезоном эффективной заражаемости комаров. В Иркутской области распространены малярийные комары вида *Anopheles messeae* Fall, не исключено и обитание малярийных комаров вида *Anopheles beklemishevi Stegnii et Kabanova*. В области, по данным ТУ «Роспотребнадзора», в настоящее время, от 20 до 60% из числа обследованных водоемов на территории 16 районов Иркутской области являются анофилогенными. В связи с этим следует отметить, что в Иркутской области повсеместно распространены малярийные комары вида *An. messeae* Fall., которые обитают как в городской, так и в сельской местности. В

связи с развитием садоводств значительная часть городского населения в летнее время находится в загородной зоне, где возрастает контакт населения с переносчиком, тем более, что в эти же сроки там находятся рабочие по найму из южных республик, которые могут быть паразитоносителями малярии. Следовательно, неблагоприятные факторы риска для передачи малярии в местных условиях наряду с завозными случаями малярии, будут способствовать развитию нестабильной эпидемиологической ситуации в регионе. На территории Иркутской области, особенно в юго-западных районах, существует вероятность возобновления местных случаев заболеваний трехдневной малярией. На территории Иркутской области с 1957 по 1998 гг. регистрировались только завозные случаи заболевания. Однако в 1998 г. была диагностирована трехдневная малярия у 2 жителей города Иркутска, в последующем в 2000 и 2001 гг. зарегистрировано еще 2 случая. При обследовании больных с местными случаями малярии был выявлен *P. vivax* – 4 (2,9%).

Выводы: данные наблюдений за переносчиками малярии на территории Восточной Сибири подтверждают, что на фоне благоприятных погодных условий сохраняются предпосылки для передачи малярии, в том числе местной. Это требует проведения активной профилактической работы как в лечебно-профилактических организациях области, так и среди населения.

МИКРОФЛОРА КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ МИКСТ- ПАРАЗИТОЗАМИ

Х.Е. Алимжанова, Т.А. Ниязова, З.С. Максудова, М.У. Каххаров

Ташкентская медицинская академия.

Кишечные паразитозы, как правило, сопровождаются дисбактериозами различной выраженности, а представители индигенной анаэробной микрофлоры: *Lactobacillus*, обладают антагонистической активностью в отношении бактерий *Pseudomonas*, *Escherichia*, *Staphylococci*, *Candida albicans* (Е.И. Ермоленко и соавт., 2004). Одним из направлений в лечении дисбактериозов является неспецифическая иммуностимуляция и иммунотерапия. Литературные данные утверждают о благоприятном воздействии иммуномодуляторов на дисбактериоз кишечника (И.Н. Ручкина, А.И. Парфенова, 2003).

Целью данной работы явилось изучение кишечной микрофлоры у больных с микст-паразитами и коррекция их.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 42 больных смешанными паразитами, которые получали амбулаторное лечение с 2011 по 2013гг. в консультативной поликлинике НИИ Эпидемиологии, микробиологии и инфекционных заболеваний МЗ РУз. Состояние кишечного биоценоза у больных микст-паразитами определяли в динамике по методике Р.В. Эпштейн-Литвака, Ф.Л. Вильшанской (1977). Полученные данные были подвергнуты статистической обработке [Ойвин И.А., 1960]. Расчеты произведены на компьютере Pentium IV при помощи программы Microsoft Excel.

Результаты исследования. У всех 42 обследованных больных с моно- (22 больных с