

стродуоденоскопія і колоноскопія в жовтні 2017 р.: патологічні зміни зберігалися, проте були істотно менш виражені, ніж у 2016 році. У калі при паразитоскопічному дослідженні виявлені цисти лямблій. З урахуванням рецидивуючого перебігу лямбліозу з токсико-алергічними проявами з ураженням шлунково-кишкового тракту було рекомендоване суворе дотримання етапності призначеного лікування, етіотропна терапія проведена орнідазолом по 500 мг 2 рази на день протягом 5 днів. Контрольне триразове дослідження калу не виявило цист лямблій. У подальшому протягом 2018 року цисти в калі не виявлялися, клінічної симптоматики не було.

Висновки. Наведене клінічне спостереження демонструє тяжкий рецидивуючий перебіг лямбліозу у дорослого пацієнта з розвитком вираженої еозинофільної інфільтрації слизової оболонки кишечника, двосторонньої еозинофільної пневмонії. При цьому для досягнення санації від збудника потребувалося три курси протипаразитарної терапії.

В.Г. Савельєв¹, О.В. Зарудна², О.В. Анікіна³,
О.В. Рябокони¹, Ю.Ю. Рябокони¹,
О.О. Фурик¹, Т.Є. Оніщенко¹

¹ Запорізький державний медичний університет,
м. Запоріжжя, Україна

² ДУ «Запорізький обласний лабораторний центр
МОЗ», м. Запоріжжя, Україна

³ Багатопрофільна лікарня «VITACENTER»,
м. Запоріжжя, Україна

Випадок фасціольозу з тяжким ураженням печінки в Запорізькій області

Актуальність. Фасціольоз — зоонозний біогельмінтоз із групи трематозодів з фекально-оральним механізмом передачі збудника, що характеризується ураженням гепатобіліарної системи. В світі нараховується від 2,4 до 17 млн хворих на фасціольоз. Клінічні прояви фасціольозу не мають специфічних ознак, тому рання діагностика цієї інвазії становить значні труднощі. На підставі лише клінічних даних запідозрити цю інвазію дуже складно, оскільки схожа клінічна картина може бути при різних захворюваннях, а саме при опісторхозі, вірусних гепатитах, цирозах печінки, холангіті тощо. Частіше за все хвороба вражає домашню худобу (вівці та велика рогата худоба). Людина заражується при вживанні сирової води з забруднених водойм, які використовуються для водопоя сільськогосподарських тварин, а також при вживанні в їжу сирих овочів та зелені з огорожу, що поливаються водою з таких водойм, або вживаючи сирі дикорослі рослини. При заковтуванні личинок фасціол вони з кишечника в печінку потрапляють двома шляхами: гематогенно або за допомогою їх активного просування через перетоніальну порожнину та фіброзну оболонку печінки. Гострий період хвороби збігається з міграцією личи-

нок через паренхіму печінки, що триває 4–6 тижнів, а клінічні прояви міграційної фази характеризуються токсико-алергічною реакцією різного ступеня вираженості. Характерними ознаками міграційної фази є лихоманка, лейкоцитоз з еозинофілією у загальному аналізі крові, можливий розвиток міокардиту. Хронічна стадія, що виникає через 3–4 місяці хвороби, призводить до розвитку проліферативного холангіту з аденоматозними змінами епітелію, гепатомегалії та спленомегалії, біліарного цирозу з появою асцитів. Вираженість клініко-лабораторних змін відповідає ступеню вираженості деструктивно-некротичних змін печінки.

Мета роботи: навести власне клінічне спостереження завізного випадку фасціольозу, який мав тяжкий перебіг.

Матеріали та методи. Проаналізовано історію хвороби пацієнтки, яка перебувала на стаціонарному лікуванні у багатопрофільній лікарні «VITACENTER» м. Запоріжжя.

Клінічний випадок. Хвора К., 1965 р.н., надійшла 08.08.2019 р. у терапевтичне відділення багатопрофільної лікарні «VITACENTER» м. Запоріжжя зі скаргами на жовтяницю, холурію, субфебрилітет, нудоту. При огляді у хворої була виражена жовтяниця шкіри, живіт болісний у правому підребер'ї, збільшення печінки на 5 см. В анамнезі: протягом останніх трьох місяців вживала алкоголь. За даними епідеміологічного анамнезу встановлено, що в квітні 2019 р. була в Уганді, харчувалася місцевою їжею, відвідувала природні водойми. В липні 2019 р. з'явився епізод гіпертермії та шкірного висипу, що супроводжувався свербіжем. З кінця липня у хворої відзначалися болі в правому підребер'ї, свербіж шкіри, слабкість. В серпні зник апетит, з'явилася жовтяниця. Під час лабораторного обстеження виявлено анемію (ер. — $2,5 \times 10^{12}/л$, Нb — 100 г/л), ШОЕ — 46 мм/год, еозинофіли — 0 %. Загальний білірубін — 351,1 мкмоль/л, активність АЛТ — 77 ОД/л, загальний білок — 55 г/л, протромбіновий індекс — 68 %. При ультразвуковому дослідженні виявлено виражені дифузні зміни печінки, портальну гіпертензію, еластографія зафіксувала стадію фіброзу печінки F4; за даними стеатометрії ступінь вираженості стеатозу — S2. При паразитоскопічному дослідженні кала яйця гельмінтів та найпростіші не були виявлені (10.08.2019 р.). На цей час був встановлений клінічний діагноз «хронічний токсичний гепатит, стадія фіброзу F4, некрозо-запальна активність A2, печінкова енцефалопатія 0–I ст». Хворій була проведена базисна терапія (ентеросорбенти, препарати лактулози, інфузійна дезінтоксикаційна терапія, гепатопротектори), проте протягом місяця такого лікування не було досягнуто значущої клініко-біохімічної динаміки. З урахуванням неефективності терапії, що проводилася, хвору повторно обстежили на яйця гельмінтів, за результатами повторного дослідження були виявлені яйця *Fasciola hepatica* (25.09.2019 р.) та, відповідно, діагностовано фасціольоз. Проведено протипаразитарне лі-

кування: празиквантел *per os* в добовій дозі 1800 мг протягом двох діб. Після протигельмінтної терапії зменшилися болі в животі, з'явився апетит, вміст загального білірубину знизився до 32,3 мкмоль/л, активність АЛТ — до 65 ОД/л, загальний білок підвищився до 68 г/л, протромбіновий індекс зріс до 91 %. Однак контрольні паразитологічні дослідження зафіксували повторне виділення яєць *Fasciola hepatica*. Повторний курс антипаразитарної терапії був проведений вже в амбулаторних умовах триклабендазолом *per os* в дозі 10 мг/кг на добу. Після зазначеного протипаразитарного лікування проведені контрольні паразитологічні дослідження не виявили яєць паразита в калі, що дозволило стверджувати про елімінацію збудника. На цей час триває диспансерне спостереження, хвора продовжує лікування гепатопротекторами.

Висновки. Наведене клінічне спостереження демонструє значні труднощі в запідозренні фасціолюзу лише при оцінці клініко-біохімічних проявів та одноразового паразитологічного обстеження. Для підтвердження цього діагнозу при врахуванні даних епідеміологічного анамнезу необхідним є неодноразове дослідження калу на яйця гельмінтів. Доцільним є покращення підготовки лікарів з питань діагностики паразитарних інвазій.

Л.М. Скрипник, Е.В. Павленко,
А.А. Роганкова

Одесский национальный медицинский
университет, г. Одесса, Украина

Клинический случай микст-инфекции лихорадки денге и вирусного гепатита E

Актуальность. Интенсивность миграции населения в последние десятилетия неуклонно возрастает, одна из причин — активное развитие туризма. Число случаев заболевания лихорадкой денге за последние десятилетия во всем мире резко возросло. Согласно оценке ВОЗ, ежегодно лихорадкой денге заражаются 390 миллионов человек, из которых более чем у 90 миллионов имеются клинические проявления (при любой тяжести болезни). В последние годы описаны крупные вспышки лихорадки денге в эндемичных странах, которые являются чрезвычайно популярными туристическими направлениями. В 2019 году многие страны Юго-Восточной Азии, островные государства Тихоокеанского региона представили данные о вспышках этой инфекции (Индия — более 67 000 случаев, Таиланд — более 136 000 случаев, Филиппины — более 271 000 заболевших). Лихорадка денге — арбовирусное трансмиссивное заболевание с широким спектром клинических проявлений, варьирующих от асимптомных форм до тяжелого шока с высоким уровнем летальности. Помимо повышения температуры, выраженного интоксикационного,

артралгического, миалгического синдромов, типичных для лихорадки денге, у ряда больных могут появляться признаки поражения печени. У больных с легким и средней степени тяжести заболеванием может развиваться умеренная гипертрансфераземия, чаще без желтухи, что не является частым и обязательным признаком этого заболевания.

Цель: проанализировать случай микст-инфекции лихорадки денге и вирусного гепатита E (ВГЕ).

Клинический случай. Пациентка Э., 27 лет, обратилась за медицинской помощью в ноябре 2019 года в связи с повышением активности аминотрансфераз. В течение последнего года проживает на Мальдивских островах. Заболела в начале ноября 2019 г., когда ухудшился аппетит, появились слабость, тошнота, умеренная боль в правом подреберье. Периодически отмечала субфебрилитет, в связи с чем принимала парацетамол. 12.11.2019 г. состояние резко ухудшилось, повысилась температура до 39 °С, присоединилась головная боль, повторная рвота, сильная боль в суставах и мышцах. 13.11.2019 г. была госпитализирована в региональный госпиталь (ADK Hospital H. Sosun Magu, K. Male'). Учитывая то, что заболевание началось в период текущей вспышки лихорадки денге на Мальдивах, при поступлении назначено серологическое исследование, диагноз был подтвержден обнаружением Dengue Ns1 IgM. При обследовании в общем анализе крови выявлена лейкопения (до $2,1 \times 10^9$) с лимфо-, моноцитозом, тромбоцитопения (до 24×10^9). В биохимическом анализе крови определялась высокая активность АЛТ и АсАТ (1047 и 1113 U/l соответственно) на фоне нормального уровня билирубина. Серологическая расшифровка маркеров вирусных гепатитов не проводилась. На 5-й день после поступления, 17.11.2019 г., больная выписана с улучшением после нормализации температуры и уменьшения болевого синдрома с диагнозом «лихорадка денге, средней тяжести». В лабораторных показателях сохранялась тромбоцитопения и выраженная гипертрансфераземия. После возвращения в Одессу, 22.11.2019 г., обратилась за консультацией на кафедру инфекционных болезней ОНМедУ с жалобами на слабость, недомогание, снижение аппетита, тяжесть в правом подреберье. При осмотре: пациентка астенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, сыпи нет. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, плотно-эластической консистенции, край заострен. Селезенка у края реберной дуги. Учитывая постепенное начало заболевания с диспептическими проявлениями, высокие показатели АЛТ и АсАТ, что не характерно для среднетяжелого течения лихорадки денге, увеличение печени, пациентка была обследована на маркеры вирусных гепатитов, проводилась инфузионная терапия с включением гептрала, тиотриазолина, аскорбиновой кислоты. При повторном осмотре, 30.11.2019 г., самочувствие