

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 кафедре 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

больной удовлетворительное. Желтухи нет. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Показатели АлАТ и АсАТ — 100 и 29 U/l соответственно, уровень тромбоцитов нормализовался. Маркеры вирусных гепатитов А, В, С, D были отрицательными, при обследовании на ВГЕ выявлены антитела класса IgM и IgG, что позволило поставить диагноз «лихорадка денге, средней тяжести. Острый вирусный гепатит E, безжелтушная форма, средней тяжести».

Выводы. Одной из особенностей тропических болезней является частая возможность инфицирования более чем одним инфекционным агентом. Развитие полиморфной клинической картины, сочетающей в себе симптомы двух или более инфекционных заболеваний, значительно затрудняет диагностику, а при отсутствии настороженности у медработников возможны диагностические ошибки. В случае развития выраженного цитолитического синдрома необходимо тщательно анализировать клиническую картину, не исключая возможности присутствия в организме больного и других гепатотропных возбудителей, и своевременно проводить дифференциальную диагностику гепатитов.

В.І. Трихліб¹, С.М. Ніколаєнко², О.С. Сагач²

¹ Українська військово-медична академія,
м. Київ, Україна

² ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»,
м. Київ, Україна

Деякі питання стосовно малярії

Актуальність. Останніми роками значно збільшилась кількість осіб, які з різних причин направляються до країн, ендемічних з різних інфекційних захворювань, де можуть перебувати упродовж певного часу і знаходитись в умовах підвищеного ризику інфікування. Подорож у країни з тропічним та субтропічним кліматом пов'язана з підвищеним ризиком для здоров'я — зараженням низкою інфекційних захворювань, зокрема і екзотичними інфекціями. Моряки, льотчики, робітники, мандрівники можуть захворіти вже в країні перебування, але часто і після повернення. У хворих можуть розвинути мікст-інфекції, що ускладнюють своєчасну діагностику та створюють проблеми при лікуванні. На жаль, і лікарі можуть не мати досвіду з лікування низки екзотичних інфекцій (застосування препаратів).

Метою нашої роботи є нагадати лікарям про деякі актуальні питання при малярії.

Матеріали та методи. Був проведений аналіз карт епідеміологічного розслідування хворих на малярію в Україні та огляд літератури.

Результати та обговорення. За нашими даними, у період із 2009 по 2018 р. в Україні після перебування за кордоном були зареєстровані випадки малярії: 2009 р. — 38 хворих, 2010 р. — 57, 2011 р. — 73, 2012 р. — 67, 2013 р. — 78, 2014 р. — 47, 2015 р. — 55,

2016 р. — 42, 2017 р. — 44, 2018 р. — 47, 2019 р. — 41. Переважно завозилась тропічна малярія, більшість випадків із таких країн: Екваторіальна Гвінея, Нігерія, Конго, Камерун, Ліберія, Конго, С'єрра-Леоне, Чад, Кот-д'Івуар, Гана, Чад, а також триденна, переважно з Індії. За даними літератури та нашими спостереженнями, реєструються і різноманітні мікст-інфекції, що ускладнюють своєчасну діагностику. **Провідні критерії за підозри на малярію:** перебування в ендемічному регіоні протягом останніх двох років (у разі розвитку захворювання в 1-й місяць після прибуття з ендемічної країни — підозра щодо тропічної малярії); громадянство хворих з країн, ендемічних щодо малярії; інтермітентний характер температурної кривої при невідомому захворюванні тривалістю понад 5 днів, а в ендемічних регіонах — понад 2 днів; періодичне підвищення температури тіла (понад 37,5 °С) попри проведену антибактеріальну, противірусну, протигрибкову терапію відповідно до встановленого діагнозу, особливо у хворих із групи ризику (моряки, члени екіпажу літака, особи, які мешкають біля аеропорту чи морського порту, працівники підприємства, куди надходять товари, матеріали з ендемічних країн); розвиток захворювання з гарячкою нез'ясованої етіології через 2 місяці після переливання крові; будь-яке підвищення температури тіла протягом останніх 3 років після перенесеної малярії; прогресивне збільшення селезінки та печінки, наростання анемії при гарячці нез'ясованого походження; захворювання нез'ясованої етіології з гарячкою, анемією та жовтяницею; поява на тлі підвищеної температури тіла (понад 37 °С) ознобу, жару, потіння, ломоти в м'язах, суглобах; наявність класичної тріади малярії: гарячка, анемія, спленомегалія; наявність у хворого з гарячкою, що виникла протягом першого місяця після прибуття з ендемічної країни, де поширена тропічна малярія, нормоцитозу або лейкоцитозу, тромбоцитопенії, спленомегалії. У разі виявлення одного із зазначених вище комплексів ознак необхідно провести дослідження на малярію за допомогою паразитологічного методу («товста крапля») з підрахунком рівня паразитемії. Для лікування дорослих із неускладненою тропічною малярією призначають різноманітні препарати: мефлохін; сульфадоксин-піриметамін, хініну гідрохлорид у поєднанні з доксицикліном, тетрацикліном, кліндаміцином, галофантрином, похідні артемізиніну (артезунат, артезунат + мефлохін, артезунат + сульфадоксин-піриметамін, артеметер та ін.). Є комбіновані препарати (атоваквон + прогуаніл (Malagone®); артеметер + люмефантрин (коартем), артезунат + амодіахін). За відсутності ефекту протягом 14 днів рекомендують препарати другої лінії: артезунат + тетрациклін, або доксициклін, або кліндаміцин. Останнім часом були розроблені та випускаються нові препарати: артезунат 100 мг ректальна форма (Artesunate 100 mg suppositories, Artescap), Pyramax® (Pyronaridine tetraphosphate/artesunate (піронаридин-артезунат)), Eurartesim®