

**1/2009**

# СУЧАСНІ ІНФЕКЦІЇ

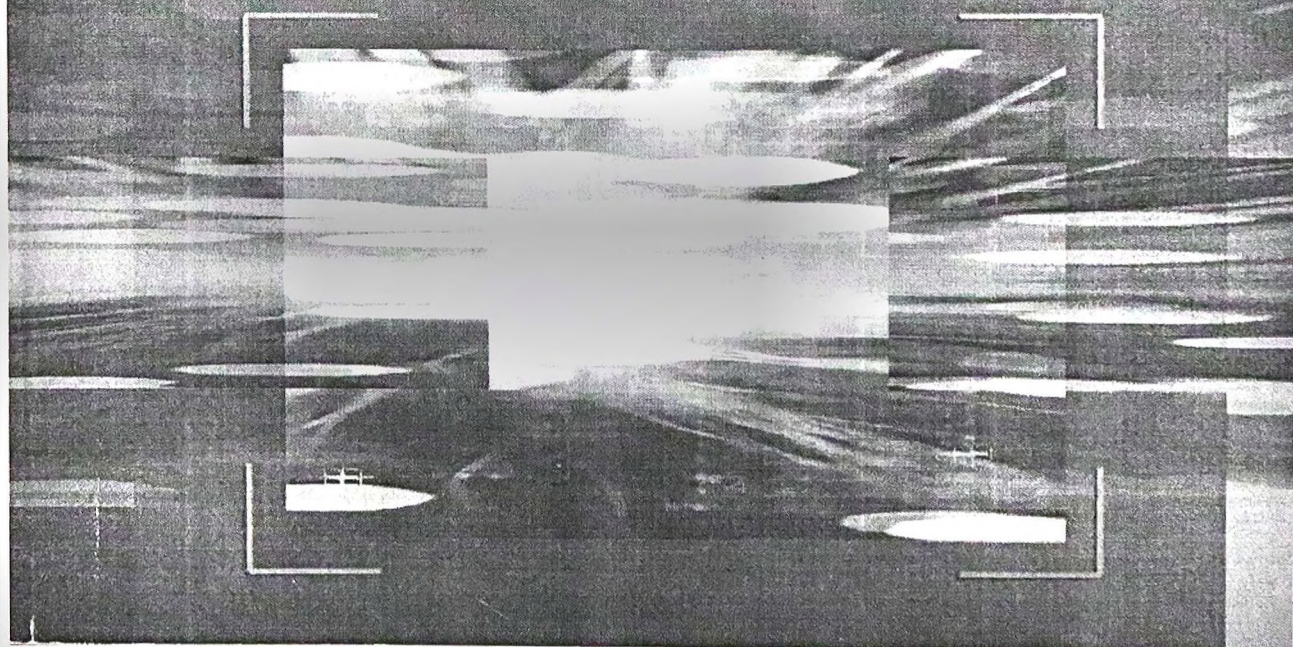
**На допомогу практичному лікарю**

**МОЗ повідомляє**

**Оригінальні дослідження**

**Випадки з практики**

**Огляди, лекції**







Зареєстровано  
в Міністерстві юстиції України  
08.08.2006 р.  
Свідоцтво КВ 11618-490 ПР  
Виходить  
з березня 1999 р.

**Передплатний індекс 22810**

ПЕРІОДИЧНІСТЬ: 4 РАЗИ НА РІК

**ВИДАВЦІ: Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця  
Видавництво «Медицина України»**

*Головний редактор:*

Возіанова Жанна Іванівна, академік АМН України, професор, д.м.н., професор кафедри інфекційних хвороб НМУ ім. О.О. Богомольця

*Редакційна колегія:*

- Бурка Анатолій Олексійович, д.м.н., професор кафедри госпітальної хірургії №2 НМУ ім. О.О. Богомольця  
Вовк Лідія Михайлівна, к.м.н., відповідальний секретар, кафедра інфекційних хвороб НМУ ім. О.О. Богомольця  
Городецький Марко Михайлович, к.м.н., професор кафедри військово-польової терапії з курсом інфекційних хвороб Української  
військово-медичної академії, м. Київ  
Дранік Георгій Миколайович, професор, д.м.н., зав. кафедри імунології та алергології НМУ ім. О.О. Богомольця  
Жук Володимир Віталійович, директор видавництва «Медицина України»  
Коваленко Юрій Миколайович, к.т.н., керівник видавництва «Медицина України»  
Коляденко Володимир Григорович, академік АПН України, професор, д.м.н., зав. кафедри дерматовенерології НМУ ім. О.О. Богомольця  
Крамарев Сергій Олександрович, професор, д.м.н., зав. кафедри дитячих інфекційних хвороб НМУ ім. О.О. Богомольця  
Марієвський Віктор Федорович, професор, д.м.н., директор ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб  
ім. Л.В. Громашевського АМН України»  
Матяш Віктор Іванович, д.м.н., головний лікар клініки ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб  
ім. Л.В. Громашевського АМН України»  
М'ясніков Віктор Георгійович, професор, д.м.н., зав. кафедри туберкульозу КМАПО ім. П.Л. Шупика  
Нетяженко Василь Захарович, член-кореспондент АМН України, професор, д.м.н., зав. кафедри пропедевтики внутрішніх  
хвороб НМУ ім. О.О. Богомольця  
Печінка Анатолій Михайлович, к.м.н., зав. кафедри інфекційних хвороб НМУ ім. О.О. Богомольця  
Руденко Антоніна Олексівна, професор, д.м.н., зав. відділом ІЕІХ ім. Л.В. Громашевського  
Свінцицький Анатолій Станіславович, професор, д.м.н., зав. кафедри госпітальної терапії №1 НМУ ім. О.О. Богомольця  
Фролов Аркадій Федорович, член-кореспондент АМН України та Російської АМН, професор, д.м.н.,  
ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб імені Л.В. Громашевського АМН України»  
Чернишова Людмила Іванівна, професор, д.м.н., зав. кафедри дитячих інфекційних хвороб КМАПО ім. П.Л. Шупика  
Шкурба Андрій Вікторович, к.м.н., заступник головного редактора, кафедра інфекційних хвороб НМУ ім. О.О. Богомольця

*Редакційна рада:*

- Андрейчин Михайло Антонович, член-кореспондент АМН України, д.м.н., зав. кафедри інфекційних хвороб ДМУ  
ім. Горбачевського, м. Тернопіль  
Бабак Олег Якович, член-кореспондент АМН України, професор, д.м.н., директор Інституту терапії, м. Харків  
Григевич Юрій Якимович, професор, д.м.н., Національний інститут раку МОЗ України, м. Київ  
Дикий Богдан Миколайович, професор, д.м.н., зав. кафедри інфекційних хвороб ДМУ, м. Івано-Франківськ  
Дубинська Галина Михайлівна, д.м.н., зав. кафедри інфекційних хвороб з епідеміологією Української державної стоматологічної  
академії, м. Полтава  
Зайцев Ігор Анатолійович, професор, д.м.н., зав. кафедри інфекційних хвороб Національного медичного університету, м. Донецьк  
Зінчук Олександр Миколайович, к.м.н., зав. кафедри інфекційних хвороб НМУ ім. Д. Галицького, м. Львів  
Карімов Іскандер Загітович, д.м.н., зав. кафедри інфекційних хвороб Кримського державного медичного університету,  
м. Сімферополь  
Козько Володимир Миколайович, професор, д.м.н., зав. кафедри інфекційних хвороб ДМУ, м. Харків  
Малий Василь Пантелійович, професор, д.м.н., зав. кафедри інфекційних хвороб ХМАПО, м. Харків  
Мірошниченко Валентин Павлович, професор, д.м.н., зав. кафедри інфекційних хвороб ЗМАПО, м. Запоріжжя  
Мороз Лариса Василівна, професор, д.м.н., зав. кафедри інфекційних хвороб НМУ ім. М.Пирогова, м. Вінниця  
Москалюк Василь Деонізієвич, д.м.н., зав. кафедри інфекційних хвороб та епідеміології Буковинського державного медичного  
університету, м. Чернівці  
Мостюк Агнета Іванівна, професор, д.м.н., м. Львів  
Рябоконева Олена Вячеславівна, д.м.н., зав. кафедри інфекційних хвороб та епідеміології Запорізького державного медичного  
університету, м. Запоріжжя  
Сервецький Костянтин Леонідович, професор, д.м.н., зав. кафедри інфекційних хвороб та епідеміології ДМУ, м. Одеса  
Фролов Валерій Митрофанович, професор, д.м.н., зав. кафедри інфекційних хвороб ДМУ, м. Луганськ  
Чемчик Микола Дмитрович, д.м.н., зав. кафедри інфекційних хвороб Сумського державного університету, м. Суми  
Шостакович-Корецька Людмила Романівна, д.м.н., зав. кафедри інфекційних хвороб Державної медичної академії, м. Дніпропетровськ  
Ярош Олег Олександрович, д.м.н., м. Київ

Рекомендовано до друку Вченою радою Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця. Протокол №8 від 28.04.2009

Атестовано Вищою атестаційною комісією України

Медичні науки: Перелік №1 Постанови Президії ВАК України №1-05/7 від 09.06.99 р.

# СУЧАСНІ ІНФЕКЦІЇ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЧАСОПИС

ISSN - 1993-6443

Адреса видавництва:

Видавництво «МЕДИЦИНА УКРАЇНИ»

Київ, вул. Полудренка, 34. Тел./факс (044) 574-07-56

E-mail: medukr@tlc.kiev.ua

Формат 60x84/8. Ум. друк. арк. 8 Обл.-вид. арк. 7,44

Тираж 2000. Замовлення №С-132

Віддруковано з готових фотоформ

на Військової картографічної фабрики

Київ, вул. Шолуденка, 27/6

Київ, Видавництво "Медицина України", 2009

© Кафедра інфекційних хвороб НМУ, 2009

© Видавництво "Медицина України", 2009

риває!

а/с 283



## ТЕМА НОМЕРА: ПАРАЗИТАРНІ ХВОРОБИ

## З М І С Т

<i>Бодня Е.И.</i> Проблема паразитарных болезней в современных условиях .....4	<i>Bodnja E.I.</i> Problem of parasitic illnesses in modern conditions .....4
<b>ПАРАЗИТОЗИ: ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ОГЛЯДИ</b>	<b>PARASITOSIS: ORIGINAL EXPERIENCE AND REVIEW</b>
<i>Колос Л.А., Хархун Т.А.</i> Епідеміологічна ситуація з малярії в постліквідаційний період та заходи її профілактики в м. Києві .....12	<i>Kolos L.A., Kharkhun T.O.</i> Epidemiological situation of malaria in postliquidating period and preventive actions in Kyiv .....12
<i>Трихлеб В.И.</i> Лабораторная диагностика малярии .....18	<i>Trikhlib V.I.</i> Laboratory diagnostics of malaria .....18
<i>Бодня К.І.</i> Шистосомоз (більгарциоз) .....28	<i>Bodnja E.I.</i> Shisthosomosis (bilgarciosis) .....28
<i>Вінницька Е.А.</i> Кишкові нематодози – особливості імунопатогенезу .....31	<i>Vinnytska O.V.</i> Intestinal nematodosis – immunopathogenesis peculiarities .....31
<i>Степанченко К.А.</i> Взаимоотношения между длительностью энтеробиозной инвазии и клинико-неврологическими, психофизиологическими, электрофизиологическими показателями у взрослых .....36	<i>Stepanchenko K.A.</i> Mutual relations between duration enterobiosis and kliniko-neurologic, psychophysiological electrophysiological indicators at adults .....36
<i>Колос Л.А., Тимошенко С.Н., Кракович А.В., Рубан О.Н., Хархун Т.А., Терещенко И.М., Погорелова О.Н., Лесик П.Д.</i> Некоторые аспекты эколого-паразитологического мониторинга мегаполиса Киева .....48	<i>Kolos L.A., Timoshenko S.M., Krakovich A.V., Ruban O.M., Kharkhun T.O., Tereshchenko I.M., Pogorelova O.M., Lesik R.D.</i> Some aspects of ecological parasitological control of city of Kyiv megapolis .....48
<i>Дубинська Г.М., Ізюмська О.М., Минак О.М., Коршенко В.О., Кривенко Л.Л., Свириденко Н.П.</i> Клініко-епідеміологічна характеристика гострого опісторхозу в Полтавській області .....54	<i>Dubynska G.M., Izumska O.M., Mynak O.M., Korshenko V.O., Kryvenko L.L., Svyrydenko N.P.</i> Clinical and epidemiological characteristics of acute opisthorchiasis in the Poltava region .....54
<i>Борисенко О.П., Хорошилова Т.П., Пархоменко И.А., Сухарева Г.С., Касянова Л.В., Борисенко В.С., Лагода Г.В., Числова Т.М.</i> Особенности эпидемиологии эхинококкоза в Днепропетровской области .....59	<i>Borisenko O.P., Horoshilova T.P., Parhomenko I.A., Suhareva G.S., Kasjanova L.V., Borisenko V.S., Lagoda G.V., Chislova T.M.</i> Featuresy epidemiology of echinococcosis a in the Dnepropetrovsk area .....59
<b>ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ОГЛЯДИ</b>	<b>ORIGINAL EXPERIENCE AND REVIEW</b>
<i>Матяш В.І., Мінова Л.В.</i> Патогенетична роль рабдомиолізу при лептоспірозі .....61	<i>Matjash V.I., Minova L.V.</i> Pathogenetic role rabdmiolisis at leptospirosis .....61

<i>Чемич М.Д., Кривогуз І.М., Захлебасва В.В.</i> Вплив озонованого фізіологічного розчину натрію хлориду на перебіг хронічних вірусних гепатитів В і С .....	65
--	----

<i>Возіанова Ж.І., Вовк Л.М.</i> Роль "інших", (others) вірусних представників TORCH-комплексу в перинатальній патології (огляд літератури) .....	71
--	----

<i>Мороз Л.В., Оліпер О.А.</i> Рівень матричної металопротеїнази-2 – сироватковий маркер фіброзу у хворих на хронічний гепатит С .....	82
---	----

<i>Маричев І.А., Чудна Л.М., Аласва О.М., Красюк А.С., Брижата С.І.</i> Синдром вродженої краснухи: стан проблеми .85	
--	--

## ЛЕКЦІЇ

<i>Бодня К.І.</i> Малярія у вагітних .....	90
---	----

<i>Волоха А.П.</i> Вроджений токсоплазмоз .....	96
--	----

<i>Пам'яті вчителя Олександра Семенівна Сокол (1919-2001рр.)</i> .105	
---	--

<i>Памяти Л.Л. Громашевской</i> .....	109
---------------------------------------	-----

## КОРПОРАТИВНА ІНФОРМАЦІЯ

<i>Анастасій І.А.</i> Досвід використання комбінованої терапії – пегільований інтерферон $\alpha$ -2a і рибавірін (Pegasys + Copegus) для лікування хворих на гепатит С .....	110
---	-----

<i>Корчинський М.Ч.</i> Досвід застосування Задаксину в лікуванні хворих на хронічний гепатит С .....	115
---	-----

<i>Федотов В.П., Дюдюн А.Д.</i> Новые подходы к лечению часто рецидивирующего хронического герпеса.....	126
---	-----

<i>Chemich M.D., Krivoguz I.M., Zahlebaeva V.V.</i> The influence of ozonized sodium chloride saline on the chronic viral hepatitis B and C course .....	65
---	----

<i>Vozianova Zh.I., Vovk L.M.</i> The role of "other" viral representatives of a TORCH-complex in congenital infections .....	71
--	----

<i>Moroz L.V., Oliner E.A.</i> Lever of matrix metalloproteinase-2 – serum marker of hepatic fibrosis in patients with chronic hepatitis C .....	82
---	----

<i>Marichev I.L., Chudna L.M., Alaeva O.N., Krasnyuk L.S., Bryzhata S.I.</i> Congenital rubella syndrome: status of problem .85	
--	--

## LECTION

<i>Bodnja K.I.</i> Malaria at pregnant women .....	90
---	----

<i>Volokha A.P.</i> Congenital toxoplasmosis .....	96
---	----

<i>Memories of teacher O.S. Sokol (1919-2001pp.)</i> .....	105
--	-----

<i>Memories of L.L. Gromashevskaya</i> .....	109
--	-----

## CORPORATIVE INFORMATION

<i>Anastasiy I.A.</i> Experience of combination therapy – pegylated interferon $\alpha$ -2a and ribavirin (Pegasys + Copegus) in hepatitis C treatment .....	110
--	-----

<i>Korchynskiy M. Ch.</i> Experience of application of Zadaxin for treatment of chronic hepatitis C .....	115
---	-----

<i>Phedotov V.P., Dyudyun A.D.</i> New approaches to treatment of high-relapse chronic herpes .....	126
---	-----



УДК: 616.995.122-071-036.22

## КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ГОСТРОГО ОПІСТОРХОЗУ В ПОЛТАВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Г.М. ДУБИНСЬКА, О.М. ІЗЬЮМСЬКА, О.М. МИНАК,  
В.О. КОРШЕНКО, Л.Л. КРИВЕНКО, Н.П. СВИРИДЕНКО  
ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", кафедра інфекційних  
хвороб з епідеміологією, м.Полтава

ключові слова:

гострий опісторхоз, клініко-епідеміологічна характеристика,  
сучасний перебіг

Гельмінтози — найпоширеніші і наймасовіші паразитарні хвороби людини. До паразитозів, які завдають великої шкоди здоров'ю людей, належить природно-вогнищевий гельмінтоз — опісторхоз, який відзначається тривалим перебігом, чинить системний вплив на стан здоров'я, збільшує сприйнятливість до інших хвороб та змінює їх перебіг, ускладнює супутні захворювання [3]. Так, за даними І.М. Локтевої, у вогнищах опісторхозу уражені опісторхозом особи у 2,2 рази частіше звертаються за медичною допомогою, у 4-4,3 рази — лікуються в стаціонарі та амбулаторно, кількість ліжко-днів перебування в стаціонарі на одного пацієнта в них у 5 разів більша за неінвазованих, а кількість днів непрацездатності на рік у 4,2 рази перевищує аналогічний показник серед неуражених. Загалом витрати на медичне обслуговування та соціальне забезпечення хворих на опісторхоз у 2,5-5 разів перевищують аналогічні витрати на неуражених осіб [4].

В Україні опісторхоз реєструється практично в усіх областях та м. Києві, але рівень інвазованості населення опісторхісами, за даними різних авторів, коливається залежно від регіону від 0,2 до 60% [3]. Полтавська область є ендемічною з опісторхозу з рівнем

інфікування населення близько 6%, а в окремих районах цей показник складає від 12 (Миргородський) до 36% (Гадячський) [5].

Загальноновизнано, що клінічні прояви опісторхозу характеризуються неспецифічністю та поліморфізмом симптомів, що ускладнює діагностику [1]. Між тим, своєчасне виявлення гострої фази захворювання вкрай важливе з точки зору призначення адекватного специфічного лікування та попередження хронізації процесу і несприятливих наслідків.

**Мета дослідження** — оцінити епідеміологічну ситуацію та проаналізувати клінічні характеристики гострого опісторхозу в Полтавській області на сучасному етапі.

**Матеріали та методи дослідження**

Епідеміологічний аналіз проводили згідно з даними форми 1 офіційної медичної статистичної документації Полтавської обласної санітарно-епідеміологічної станції протягом 2000-2006 рр. Клінічний перебіг вивчали на основі аналізу 26 історій хвороб пацієнтів з гострим опісторхозом, які знаходилися на лікуванні в Полтавській обласній клінічній інфекційній лікарні (ПОКІА) у 2006 році. Діагноз опісторхозу встановлювали на підставі клініко-епідеміологічних даних — проживання або перебування в



регіоні, несприятливому щодо опісторхозу, вживання в їжу недостатньо термічно обробленої риби, "немотивована" еозінофілія, що поєднувалася з гарячкою, ознаками ураження печінки, підшлункової залози, жовчовивідних шляхів, шлунка і підтверджували лабораторно за наявності у крові хворих специфічних антитіл до опісторхисів класу Ig(M + G) методом ІФА та/або яєць *Opistorchis felineus* при копроовоскопії або мікроскопії жовчі в більш пізні терміни захворювання. При визначенні тяжкості перебігу гострого опісторхозу враховували вираженість симптомів інтоксикації та органних уражень [2].

#### Результати дослідження та їх обговорення

Проведені дослідження показали, що, за даними епідеміологічного аналізу, захворюваність населення Полтавської області на опісторхоз протягом 2000-2005 рр. реєструвалася в межах 8,6-11,9 на 100 тис. населення, що перевищило загальнонаціональний рівень (у 2005 році — 1,4 на 100 тис. населення). У 2006 році захворюваність зросла більше, ніж удвічі і становила 17,8 на 100 тис. населення проти 8,6 в 2005 р. Значно вищою за середньообласні показники захворюваність на опісторхоз реєструвалася в Миргородському, Лохвицькому, Хорольському, Оржицькому та Гадяцькому районах (92,5, 62,8, 55,3, 51,5 та 29,8 на 100 тис. населення відповідно). У Хорольському та Гадяцькому районах мали місце групові спалахи. Фактором передачі в усіх випадках було вживання річко-

вої риби карпових порід домашнього приготування у вигляді страв під назвою "сугунтай", або "просол" — сира малосолена риба, що замочується у розчині оцту від 2-х до 12 годин (рис. 1).

Аналіз даних епідеміологічного анамнезу хворих, які знаходилися на лікуванні в ПОКІЛ у 2006 році з діагнозом "гострий опісторхоз", показав, що всі пацієнти за 10-30 днів до захворювання вживали в їжу річкову рибу породи карпових переважно малосолену (69,2%), в'ялену (7,7%), недостатньо прожарену (15,4%) або сиру (7,7%). З них лише 3 (11,5%) були поінформовані щодо можливого інфікування опісторхисами внаслідок вживання річкової риби, і жоден з опитаних не знав технології приготування риби, що попереджає інвазію. Переважна більшість хворих (61,5%) госпіталізована в клініку з попереднім діагнозом "вірусний гепатит А", решта — з діагнозом "опісторхоз?" (34,6%) та загострення хронічного гастродуоденіту (3,9%). За тяжкістю перебігу гострого опісторхозу хворі розподілилися наступним чином: легкий перебіг діагностували у 2 (7,7%), середньотяжкий — у 21 (80,8%), тяжкий — у 3 (11,5%) хворих. Клінічними формами гострого опісторхозу були: холангіогепатит (42,3%), холецистохолангіт (46,2%), холангіогепатит з панкреатитом (11,5%). Поряд з ураженням гепатобіліарної системи діагностували: гастрит і дуоденіт у 7 хворих (26,9%), вперше виявлену виразку 12-палої кишки — у 2 (7,8%), ентероколіт — в 1 (3,9%), бронхіт з астматичним компонентом — у 2 (7,8%) осіб. Гострий початок захворювання реєстрував-

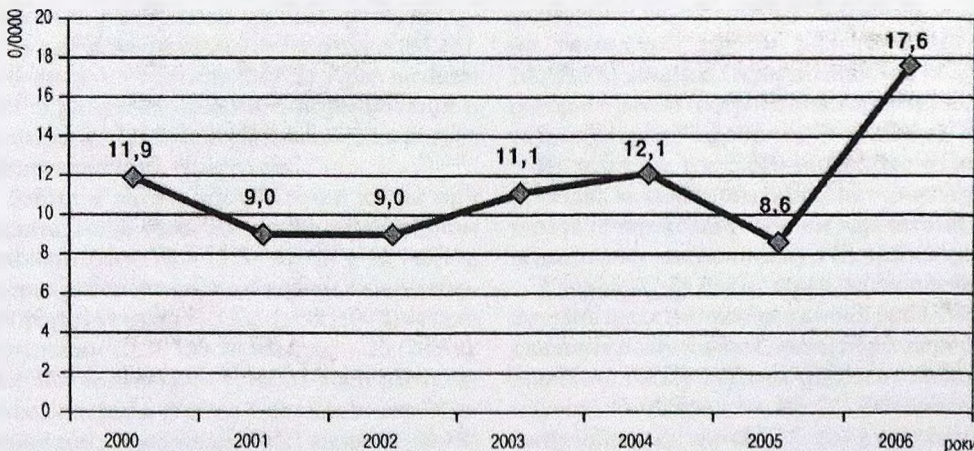


Рис. Багаторічна динаміка захворюваності на опісторхоз населення Полтавської області (на 100 тис. населення)



Клінічні та лабораторні прояви гострого опісторхозу

№ з/п	Клінічні прояви	Частота		№ з/п	Клінічні прояви	Частота		
		Абс.	%			Абс.	%	
1.	Початок хвороби:			6.	Здуття	3	11,5	
	- гострий	20	76,9	7.	Нудота	22	84,6	
	- поступовий	6	23,1	8.	Блювання	6	23,1	
2.	Гарячка:			9.	Кашель	2	7,8	
	- субфебрильна	2	7,8	10.	Жовтушність шкіри	14	53,8	
	- фебрильна	19	73,1	11.	Висипка на шкірі	2	7,7	
	- висока (>39°C)	5	19,2	12.	Збільшення печінки	25	96,2	
3.	Слабкість	26	100	13.	Збільшення селезінки	9	34,6	
4.	Втомлюваність	15	57,7	14.	Підвищення рівня білірубіну	15	57,7	
5.	Біль у животі			15.	Підвищення активності АЛТ	11	46,2	
	- правому підребер'ї	26	100	16.	Підвищення тимолової проби	10	38,5	
	- епігастрії	9	34,6	17.	Еозинофілія:			
	- лівому підребер'ї	4	15,4			- при госпіталізації	21	80,7
	- по ходу товстого кишечника	1	3,9			- в динаміці	26	100

ся у 20 (76,9%) пацієнтів, поступовий — у 6 (23,1%). Клінічна картина в усіх обстежених (100%) характеризувалася підвищенням температури до 37,3-40,3°C. У переважній більшості (73,1%) температурна реакція коливалася в межах 38-39°C, рідко була субфебрильною (7,8%) та високою (19,2%). Гарячка трималася від 1-2 до 18 днів, у середньому 6,6 днів. Підвищення температури супроводжувалося слабкістю (100%), втомлюваністю (57,7%), нудотою (84,6%), блюванням (23,1%), здуттям живота (11,5%), кашлем (11,5%), артралгіями (7,8%). Біль у животі відмічали всі пацієнти, переважно в правому підребер'ї (100%), епігастрії (34,6%), рідше — у лівому підребер'ї (15,4%) та по ходу товстого кишечника (3,9%). При об'єктивному обстеженні наявність помірної жовтяниці відмічена у 14 (53,8%) хворих, уртикарних висипань на шкірі — лише у 2 (7,7%). Збільшена у розмірах печінка, що виступала з-під краю реберної дуги на 1-4 см, визначалася майже в усіх (96,2%), селезінка — у третини (34,6%). Край печінки був переважно щільним, нормалізація її розмірів відбувалася повільніше, ніж регрес інших клінічних симптомів.

Зміни в загальному аналізі крові при госпіталізації були представлені помірним лейкоцитозом ( $9,5-13,5 \cdot 10^9/\text{л}$ ) у 12 (46,1%) хворих, паличкоядерним зсувом лейкоцитарної формули вліво (6-23%) в усіх (100%) та прискоренням ШЗЕ (20-34 мм/год) у 20 (76,9%). Поспійною ознакою гострого опісторхозу була еозинофілія. В кінці 1-го тижня захворювання вона визначалася у 21 хворого (80,7%) в межах від 8 до 38%, у половини з них не перевищувала 20%. У більшості хворих мак-

симального рівня еозинофілія досягала в кінці 2-го, на початку 3-го тижня захворювання і визначалася в межах 35-80%, у 2-х (7,7%) вперше з'явилася в кінці 3-го тижня з рівнем 20-30% і наступним зниженням до 7-8% протягом 8-10 днів до призначення празиквантелю на тлі прийому антигістамінних препаратів. У 69,2% хворих еозинофілія поєднувалася з лейкоцитозом.

Порушення пігментоутворюючої функції печінки відмічено у 15 (57,7%) хворих. Підвищення білірубіну відбувалося переважно за рахунок прямої фракції, гіпербілірубінемія була помірною (25-94 мкмоль/л), реєструвалася з кінця 1-го тижня захворювання і зберігалася протягом 8-14, в середньому 10,1 днів. Підвищення активності АЛТ спостерігалася в 11 (42,3%) пацієнтів з 3-10 дня захворювання, рівень АЛТ визначався в межах 0,8-2,7 ммоль/л з нормалізацією показника на 3-4-му тижні. Помірне підвищення тимолової проби реєструвалося у 10 (38,5%) хворих. Основні клінічні та лабораторні прояви гострого опісторхозу і частота їх реєстрації відображені в таблиці.

Як приклад гострого опісторхозу, який протікав за змішаним гастроентероколітичним та гепатохолангітичним варіантами, наводимо наступну виписку з історії хвороби.

*Хворий А., 26 років, лікар, захворів через 2 тижні після вживання в'яленої риби. Захворювання розпочалося поступово: переймоподібний біль у верхніх ділянках живота, нудота, слабкість,  $t = 36,5^\circ\text{C}$ . Обстежений амбулаторно: на ФГДС виявлені ознаки хронічного гастроудоденіту та дуоденогастрального рефлюксу; на УЗД органів че-*



ревної порожнини — збільшення та дифузні зміни в печінці, спленомегаія. Консультований гастроентерологом. Діагностовано хронічний гастроуденіт у стадії загострення, дуоденогастральний рефлюкс, реактивний гепатит. Призначено лікування — парієт, мотиліум, урсохол, яке не принесло суттєвого покращання стану. Через 12 днів від початку захворювання стан погіршився:  $t = 39-40^{\circ}\text{C}$ , напад різкого болю у верхніх ділянках живота, блювання. Госпіталізований у хірургічне відділення 1-ї міської лікарні з підозрою на апендицит. У гемограмі виявлена еозинофілія — 18%, у зв'язку з чим хворий направлений в ПОКІА. У динаміці:  $t = 39-40^{\circ}\text{C}$  протягом 3-х днів, далі субфебрильна протягом тижня. Виражені ознаки ураження шлунково-кишкового тракту — болючість при пальпації живота, переважно в правій здухвинній ділянці, метеоризм. Печінка збільшена, болюча, пальпується край селезінки. У крові — еозинофілія 28%. Гіпербілірубінемія та гіперферментемія не респструвалися. Діагноз гострого опісторхозу підтверджений виявленням у сироватці крові антитіл до опісторхів класу Ig(M+G) та в подальшому (на 4-му тижні захворювання) — яєць *Opistorchis felineus* при копроовоскопії.

У наведеному клінічному випадку мало місце переважне ураження шлунка та кишечника, які не є місцем постійного місцезнаходження опісторхів, але втягуються в патологічний процес більше ніж у 90% хворих унаслідок токсико-алергічних реакцій. Розвиток симптомокомплексу гострого апендициту пояснюється вогнищевими змінами у вигляді масивних еозинофільних інфільтратів у ділянці баугнієвої загулки та апендикса.

Неабиякі складнощі виникають у лікаря на етапі верифікації діагнозу гострого опісторхозу. Це насамперед пов'язано з незрілістю паразитів і відсутністю у дуоденальному вмісті та калі яєць *Opistorchis felineus* протягом тривалого часу. Існуючі імунологічні методи діагностики, а саме — ІФА, також недостатньо чутливі та специфічні, у зв'язку з чим виявлення або відсутність у крові специфічних антитіл до опісторхів не є достатньою підставою для встановлення діагнозу [6]. Тому вважаємо, що вирішальними при гострому опісторхозі є сукупність епідеміологічних

та клініко-лабораторних даних. Між тим, наявність у хворого супутньої патології, переважно гепатобіліарної системи і шлунково-кишкового тракту, та пізня поява постійної ознаки — еозинофілії, за даними проведеного нами аналізу, утруднюють діагностичний пошук та призводять до помилок диференціальної діагностики. Як приклад складного випадку діагностики гострого опісторхозу у хворого з вираженою супутньою патологією наводимо наступну виписку з історії хвороби.

*Хворий В., 66 років, переведений з гематологічного відділення Полтавської обласної клінічної лікарні, де лікувався з приводу хронічного лімфолейкозу, зі скаргами на підвищення температури тіла до  $39-40^{\circ}\text{C}$ , сухий кашель, тяжкість і біль у правому підребер'ї, загальну слабкість, підвищену втомлюваність, зниження працездатності.*

З анамнезу захворювання: хворіє на хронічний лімфолейкоз з 2000 року, протягом останніх 6-8 років — хронічний панкреатит, холецистит з загостреннями 2-3 рази на рік. Погіршення стану відмітив близько 5 місяців тому, коли після курсів хіміотерапії флуодаром епізодично стала підвищуватися температура тіла до  $38-39^{\circ}\text{C}$ , посилалася слабкість, турбував біль у правому підребер'ї, хворий схуг. Протягом останнього тижня температура постійна —  $39,5-40^{\circ}\text{C}$ , озноби, з'явилася герпетична висипка на губах і носі. Епідеміологічний анамнез: хворий рибалка, ловить та вживає річкову рибу у в'ялому та прожареному вигляді. При об'єктивному обстеженні: загальний стан середньої важкості,  $t = 38,8^{\circ}\text{C}$ , шкіра, слизові оболонки ротоглотки блідо-рожеві. Пальпуються підщелепні, передньо- та задньощийні, пахові, пахвинні лімфатичні вузли до 1-2 см у діаметрі, неболючі, спаяні з оточуючими тканинами і між собою. Над легенями: аускультативно — везикулярне дихання з жорстким відтінком, розсіяні сухі хрипи, справа у прикореневій зоні та нижніх відділах легень — поодинокі вологі; перкуторно — укорочення легеневого звуку справа у прикореневій зоні. Серце: тони приглушені, ритмічні. Язик вологий, чистий. Живіт м'який, при пальпації болючий в епігастрії, зоні проєкції головки підшлункової залози і жовчного міхура. Печінка на 2,0 см нижче реберної дуги по середньо-ключичній лінії, селезінка — на 1,0 см



нижче реберної дуги, щільної консистенції. Фізіологічні випорожнення в нормі.

Результати обстеження: в загальному аналізі крові — лейкоцитоз  $9,8 \cdot 10^9/\text{л}$ , паличкоядерний зсув вліво 9%, ШЗЕ 27 мм/год.; посів крові, сечі та харкотиння на мікрофлору — мікробний ріст не отриманий; у біохімічному аналізі крові — помірна гіперферментемія (АЛТ 1,3 ммоль/л·ч). На УЗД органів черевної порожнини: гепатоспленомегалія, ознаки хронічного холецистопанкреатиту. На рентгенограмі ОГК: ознаки правобічної нижньодолевої осередкової пневмонії.

На підставі наведених клініко-анамнестичних та лабораторних даних встановлено діагноз: Позагоспітальна пневмонія справа. Хронічний панкреатит у стадії загострення. Хронічний холецистит у стадії загострення. Хронічна герпетична інфекція з ураженням шкіри і слизових носа, губ, рецидивуючий перебіг, стадія загострення. Хронічний лімфолейкоз. Вторинний імунodefіцит.

Лікування призначено відповідно до встановленого діагнозу. На підлі терапії, що проводилася, стан хворого покращився: температура нормалізувалася, вогища інфільтрації легеневої тканини розсмокталися. В аналізі крові на 19-й день від початку захворювання з'явилася еозинофілія в межах 20%, що дозволило змінити на-

пряма діагностичного пошуку, призначити копроовоскопічне дослідження. На 23-й день хвороби в калі виявлені яйця *Opisthorchis felineus*. Проведене специфічне лікування празиквантелем. Хворий виписаний у задовільному стані.

Наведені випадки ілюструють поліморфізм клінічних проявів та складність діагностики гострого опісторхозу, особливо в осіб з супутньою патологією.

#### Висновки

1. Захворюваність на опісторхоз у Полтавській області одна з найвищих в Україні, з тенденцією до зростання.
2. Поінформованість населення щодо шляхів інфікування опісторхісами та засобів попередження інвазії недостатня, що потребує посилення санітарно-просвітньої роботи, особливо в ендемічних регіонах.
3. Гострий опісторхоз у хворих Полтавської області зберігає типові риси, протікає переважно в середньотяжкій формі (80,8%), характеризується гострим початком (76,9%), гарячкою (100%), ознаками ураження гепатобіліарної системи (100%), шлунково-кишкового тракту (46,4%), рідко — дихальної системи (7,8%), екзантемою (7,8%) та еозинофілією, що визначається у переважній більшості хворих (80,7%) на 1-му тижні захворювання, а в динаміці — стовідсотково.

#### ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Белозеров Е.С., Шувалова Е.П. Опісторхоз. — Л.: Медицина, 1981. — 128 с.
2. Возіанова Ж.І. Інфекційні і паразитарні хвороби: В 3 т. — К.: Здоров'я, 2001. — Т. 1. — С. 801-813.
3. Доктева І.М. Опісторхоз: епідеміологія, клініка, лікування і профілактика // Журнал практичного лікаря. — 1997. — № 2. — С. 19-20.
4. Доктева І.М. Епідеміологія опісторхозу в Україні // Лікарська справа. — 1997. — №3. — С. 146-149.
5. Павліковська Т.М., Бодня К.І., Холтобіна Л.В. та ін. Опісторхоз в Україні // Сучасні інфекції. — 2005. — № 2. — С. 4-6.
6. Руководство по инфекционным болезням / Под ред. чл-корр. РАМН, проф. Ю.В. Лобзина, 3-е изд., доп. и перераб. — СПб.: "Издательство Фолиант", 2003. — С. 724-728.

\*\*\*

УДК: 616.995.122-071-036.22

Г.М. Дубинская, Е.М. Изюмская, Е.Н. Минак, В.А. Коршенико, Л.Л. Кривенко, Н.П. Свирыденко  
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ  
ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРОГО  
ОПИСТОРХОЗА В ПОЛТАВСКОЙ ОБЛАСТИ

В работе оценена эпидемиологическая ситуация и изучены клинические характеристики острого описторхоза в Полтавской области. Приведены и проанализированы сложные для диагностики случаи острого описторхоза.

UDC: 616.995.122-071-036.22

G.M. Dubynska, O.M. Izumska, O.M. Mynak, V.O. Korshenko, L.L. Kryvenko, N.P. Svyrydenko  
CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ACUTE OPISTHORCHIASIS  
IN THE POLTAVA REGION

The article is presented the results of assessment of the epidemiological situation and clinical characteristics of acute opisthorchiasis in the Poltava region. The difficult cases for diagnostics are given and analyzed.