

ВИПАДОК ЗАВЕЗЕНОГО КИШКОВОГО АМЕБІАЗУ

Шаповал В.В., Чемич М.Д., Кулеш Л.П., Сніцарь А.О.

Обласна інфекційна клінічна лікарня ім. З.Й. Красовицького, Сумський державний університет, м. Суми

Амебіаз реєструється в усьому світі. Особливо висока захворюваність у країнах з тропічним та субтропічним кліматом. У країнах СНД амебіаз ендемічний у Закавказзі та в Середній Азії. В Україні реєструються спорадичні випадки. Наводимо приклад завезеного амебіазу.

Хворий Ч., 37 р., госпіталізований на 7-й день захворювання з діагнозом: гостра кишкова інфекція, середньої тяжкості.

При госпіталізації скарги на слабкість, біль у животі, часті водяві випорожнення 10-12 разів на добу з домішками слизу та крові, підвищену температуру тіла.

Із анамнеза відомо, що захворювання почалося зі здуття та бурчання у животі, потім з'явився пронос до 4 разів на добу, кал поступово став рідким, приєднався незначний біль у животі. Лікувався самотужки (лоперамід, мезим, фталазол).

На 5-й день хвороби стан погіршився, посилився біль у животі, збільшилася частота випорожнень до 10-12 разів, у калі з'явилися домішки крові, підвищилася температура тіла до 38,5 °С. На 7-й день захворювання звернувся до СШМД і був доставлений для госпіталізації в Сумську обласну клінічну інфекційну лікарню ім. З.Й. Красовицького.

З епідеміологічного анамнезу: напередодні відпочивав на природі, вживав у їжу м'ясні страви, салати з майонезом. За 10 днів до виникнення перших симптомів захворювання повернувся з Азербайджану, де перебував у відрядженні протягом 10 днів.

При первинному огляді у стаціонарі: стан середньої тяжкості, скарги зберігалися, температура тіла – 38,2 °С (вечір), 37,1 °С (вранці). Язик вологий, густо обкладений жовтим нальотом, живіт здутий, при пальпації болючий у здухвинних ділянках, сигмоподібна кишка спазмована. Огляд калу: випорожнення рясні, водяві, зеленкувато-коричневого кольору, з домішками слизу та крові. В клінічному аналізі крові: лейкоцитів – $13,2 \times 10^9/\text{л}$; Нв – 107 г/л; Ер – $3,96 \times 10^{12}/\text{л}$; п – 9 %, с – 73 %, е – 3 %, л – 9 %, м – 6 %, ШОЕ – 26 мм/год. Аналіз калу – гельмінти та найпростіші не виявлені.

Встановлено клінічний діагноз: гостра кишкова інфекція, ентероколітна форма, середньої тяжкості. Шигельоз? Враховуючи наявність гемоколіту, призначено ректороманоскопію. Проведено огляд дистального відділу товстої кишки на 20 см. На всій оглянутій ділянці слизова гіперемійована, гіпертрофована, з множинними геморагіями, ерозіями невеликих розмірів. Заключення: ерозивно-геморагічний проктосигмоїдит. Для уточнення діагнозу призначено фіброколоноскопію – виявлено аналогічні зміни слизової на всьому протязі. Запідозрено неспецифічний виразковий коліт.

Взято біоптат слизової оболонки товстої кишки на глибині 20 см.

На четвертий день перебування у стаціонарі стан хворого без суттєвих змін. Враховуючи відсутність ефекту від антибактеріальної терапії, негативні результати бактеріологічного та мікроскопічного дослідження калу, дані клінічного аналізу крові (зсув формули вліво), ендоскопічного дослідження кишечника, вирішено провести лікування салофальком по 0,5 x 4 р/д.

Враховуючи епіданамнез, повторно призначено мікроскопічне дослідження калу протягом 2 днів, бактеріологічне дослідження калу, РНГА з дизентерійним діагностикомом.

Прийом салофальку протягом чотирьох днів без ефекту. Зберігався біль у животі, пронос до 6 разів за добу зі слизом та кров'ю. Із паразитологічної лабораторії облСЕС повідомлено про знаходження у калі вегетативних форм *E. histolytica, forma minuta* - 2-3 у полі зору, *forma magna* – 2 у препараті.

Встановлено діагноз: гостра амебна дизентерія, середньої тяжкості (*Entamoeba histolytica*). Призначено лікування за схемою: орнідазол 1500 мг 1 раз на добу 3 дні + метронідазол 0,5 x 3 рази на добу 7 днів, ферменти, сорбенти, вітаміни групи В, інфузійна терапія сольовими розчинами, амінокислоти, еубіотики. На фоні лікування помітного покращення стану хворого не спостерігалось, з калу продовжувалося виділення *Entamoeba histolytica*. Був призначений препарат непрямой протиамебной дії - мератин внутрішньовенно, на 17-й день терапії клінічні прояви захворювання зникли, хворий виписаний зі стаціонару у задовільному стані, але амебовиділення просвітної форми *Entamoeba histolytica* продовжувалося. Рекомендовано санацію провести просвітним амебоцидом – паромоміцином амбулаторно з наступним контролем калу.

Таким чином, амебіаз – рідкісне для нашого регіону протозойне захворювання, при якому можливі складнощі як при встановленні діагнозу, так і при лікуванні. Необхідна настороженість щодо даної нозології при виявленні у хворих гемоколіту, особливо серед прибулих осіб з південних регіонів. Сучасне лікування ускладнюється через відсутність зареєстрованих у державі препаратів амебоцидної дії. Лікування за стандартними схемами малоефективне. При лікуванні необхідно враховувати можливість розвитку таких позакишкових ускладнень, як абсцеси печінки, головного мозку, селезінки, нирок.