

(УПФ). Возрастание удельного веса аэробных микроорганизмов происходило за счет гемолизирующей кишечной палочки (37,1%), стафилококков (19,7%), дрожжеподобных грибов рода *Candida* (13,6%), энтеробактерий (10,6%), фекального стрептококка (10,6%). Ассоциированный рост УПФ имел место у 22,5% больных.

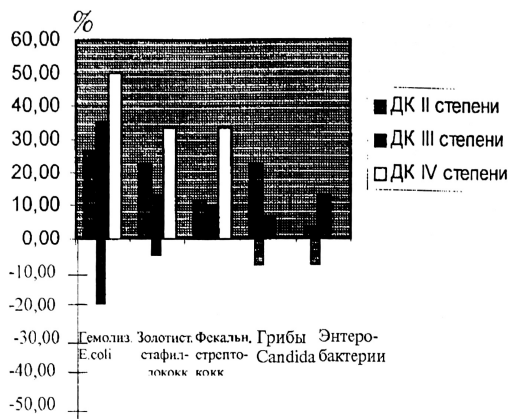
В клинической картине ДК у лиц с хеликобактерной инфекцией преобладали симптомы гастроэнтероколита, которые характеризовались выраженными болями в животе (96,9%), преимущественно в эпигастрии (57,6%), изжогой (40,9%), отрыжкой (16,6%). Больных часто беспокоили тошнота и даже рвота (4,5%). Стул был преимущественно жидкий (46%), с наличием патологических примесей в виде слизи (71,4%). Инфекционно-токсический синдром проявлялся в виде слабости, потери аппетита, субфебрильной температуры.

При исследовании биоптатов антрального отдела слизистой оболочки желудка были выделены три степени колонизации *Helicobacter pylori*: у 6,7% больных — слабая (+), у 47,5% — средняя (2+), у 45,8% — высокая (3+). При этом степень колонизации коррелировала с выраженностью гастрита ( $r=0,86$ ) и тяжестью ДК ( $r=0,94$ ).

Нами была предложена комбинированная терапия, сочетающая методы эрадикации *Helicobacter pylori* с коррекцией ДК. Так, мы использовали классическую тройную терапию, включающую коллоидный субцитрат висмута (де-нол), оксациллин и трихопол. Де-нол обладает бактерицидными свойствами в отношении *Helicobacter pylori*, его назначали по 0,12 г (1 табл.) 3 раза в день до еды и 0,12 г на ночь в течение 28 дней. Для усиления антибактериального эффекта использовали оксациллин в дозе 0,5 г 4 раза в день и трихопол в дозе 0,25—0,5 г 4 раза в день в течение 10 дней. Для коррекции ДК мы не предписывали дополнительные антибактериальные средства с учетом ранее назначенных оксациллина и трихопола. Нами был использован бифидумбактерин, который обладает антагонистической активностью в отношении УПФ и способствует восстановлению нормального биоценоза кишечника. Бифидумбактерин назначали после курса оксациллина и трихопола на протяжении 25 дней.

Через один месяц после окончания курса лечения эффективность терапии была проверена на 33 пациентах с ДК, ассоциированным с *Helicobacter pylori*. Критерием эффективности служили показатели клинической картины и данные лабораторных исследований. После проведения комплексного лечения были обследованы 12 (41,4%) больных с ДК II степени тяжести, 15 (48,4%) — с ДК III степени и 6 (100%) — с ДК IV степени. Наблюдалось позитивное влияние терапии на микрофлору кишечника. Исследование микробиоценоза кишечника показало восстановление бифидобактерий до уровня  $8,7 \pm 0,3$  lg КОЕ/г при ДК II степени, до  $8,7 \pm 0,2$  lg КОЕ/г при ДК III степени, до  $8,7 \pm 0,2$  lg КОЕ/г при ДК IV степени. Имела место санация от большинства представителей УПФ, содержащейся у больных до лечения (см. рис.).

Несомненным достоинством терапии является действие на золотистый стафилококк и гемолизирующую кишечную палочку, распростра-



Частота выявления УПФ до и после комплексной терапии у больных с ДК.

ненность которых в последнее время растет при всех формах патологии ЖКТ. У 85,8% больных отмечено положительное влияние комплексной терапии на микробиоценоз кишечника. Восстановление микрофлоры сочеталось с повышением качества жизни больных.

В клинической картине в результате лечения полностью исчезли проявления инфекционно-токсического синдрома. Значительно уменьшилось число больных с симптомами диспептического синдрома. Так, частота эпигастральных болей при ДК II степени тяжести снизилась в 7 раз ( $P<0,01$ ), при ДК III степени — в 9 раз ( $P<0,01$ ), при ДК IV степени — в 5 раз ( $P<0,05$ ). В целом у больных после лечения число жалоб на изжогу и тошноту уменьшилось в 3 раза ( $P<0,01$ ), на нарушения стула — в 2,8 раза ( $P<0,01$ ). При всех степенях ДК исчезли рвота, боли по ходу толстого кишечника и патологические примеси в стуле.

При повторном исследовании биоптатов слизистой оболочки желудка полная эрадикация *Helicobacter pylori* произошла у 53,3% пациентов; слабая степень колонизации сохранялась у 30% больных, средняя — у 13,4%, высокая — у 3,3%. Итак, ДК ассоциируется с колонизацией *Helicobacter pylori* в 66% случаях. В группе больных с хеликобактерассоциированным ДК спектр УПФ был достаточно широк с преобладанием гемолизирующей кишечной палочки и золотистого стафилококка. Клинико-лабораторная эффективность комбинированной терапии у больных с ДК, ассоциированным с хеликобактерной инфекцией, выражалась в субъективном и объективном улучшении клинической картины с эрадикацией *Helicobacter pylori* (у 53,3%) и нормализацией микробиоценоза (у 85,8%).

УДК 616.995.132(470.41)

**С.Г. Карпов, В.Х. Фазылов, Э.И. Хайрутдинова, Л.В. Цендревич (Казань). Случай дифиляриоза в г. Казани**

Дифиляриоз — единственный трансмиссивный филяриидоз на территории России, возбудителем которого является *Dirofilaria imens*. Окончательным хозяином паразита выступает

собака, факультативным — человек, а промежуточным — комары рода *Anopheles*, а также *Aedes fasciata*. Случаи заболевания этой инвазией среди людей в последнее десятилетие имеют тенденцию к росту во многих странах СНГ, находящихся в различных климатических зонах. Возможно, это связано с улучшением диагностики заболевания либо с экологическими катаклизмами: относительным потеплением климата, заболачиванием почвы и в связи с этим ростом численности комаров.

На Российскую Федерацию приходится 62% всех регистрируемых случаев заболевания дирофиляриозом на бывшей территории Советского Союза. Северная граница местных случаев заражения проходит на широте 53—54° с.ш. (Московская, Тульская области, Алтайский край). По данным Государственного комитета Госсанэпиднадзора РТ, в 1999 г. были зафиксированы по два случая заболевания в Республике Татарстан (в Нижнекамске и Казани) и в Республике Марий Эл.

Введенная комаром в организм человека инвазионная личинка, развиваясь, превращается во взрослую нематоду, но не достигает половой зрелости. У абсолютного большинства больных паразитирует одна особь гельминта, чаще неполовозрелая самка. Микрофилярии (личинки) в крови человека не обнаруживаются. Вследствие этого инвазированный человек не становится эпидемиологически активным источником инвазии, являясь “экологическим тупиком” для паразита. Случаи обнаружения двух разнополюх особей одновременно у человека крайне редки.

Паразитирование даже одной особи гельминта в организме человека проявляется полиморфизмом клинической симптоматики, связанной с различной локализацией возбудителя. В большинстве случаев дирофилярии находятся либо под кожей, либо в слизистых оболочках глаза (веко, конъюнктив). С момента заражения до образования уплотнения или опухоли проходит обычно не менее одного месяца, а иногда и более года. К первым симптомам заболевания относятся появление участка безболезненного уплотнения в месте локализации гельминта, ощущение зуда и жжения различной интенсивности. Характерным симптомом служит перемещение со сменой локализации уплотнения или опухоли, что связано с миграцией гельминта. Возможны симптомы общей интоксикации. Эозинофилия для дирофиляриоза нехарактерна.

В качестве примера приводим описание одного из случаев дирофиляриоза, выявленного у жительницы г. Казани в 1999 г.

А., 49 лет, обратилась на 4-й день болезни к участковому терапевту по поводу зуда, покраснения и отека века правого глаза. Заболевание началось остро с появления колющей боли в области правой височной области с последующим покраснением, отеком верхнего и ниж-

него века; отмечалась общая слабость, субфебрильная температура. В последующие два дня болезни отечность века резко возросла, глазная щель сузилась и практически сомкнулась. Кожа в области поражения стала ярко-красной. Общий анализ крови изменений не показал. На 11-й день болезни на фоне гипосенсибилизирующей терапии развивалась сходная симптоматика, но с поражением противоположной стороны лица: отек века слева с сужением глазной щели, гиперемией слизистой конъюнктивы, инъекция сосудов склер; справа отек и гиперемия века к этому времени уменьшились.

На 18-й день болезни при повторном осмотре окулистом на фоне снижения отечности и гиперемии под конъюнктивой левого глаза было выявлено кистозное образование. Проведено оперативное вмешательство по удалению кисты. В ходе операции в кисте обнаружено инородное тело, напоминающее нить кетгута длиной 60 мм, толщиной около 0,5 мм белого цвета. При его извлечении были замечены его активные спиралевидные движения, что указывало на наличие живого подвижного гельминта. С целью верификации гельминт был доставлен в паразитологическую лабораторию центра госсанэпиднадзора г. Казани. Макро- и микроскопическое исследование позволили паразитологам идентифицировать паразит как *Dirofilaria imens*.

Больная была осмотрена через месяц после удаления дирофилярии из конъюнктивы левого глаза. Сохранились жалобы на слабость, периодически возникающие головные боли, чувство зуда в области века левого глаза. Отмечались незначительное сужение глазной щели, гиперемия конъюнктивы, умеренный склерит. Поверхность глазного яблока была неровной, сухой, с дефектом слизистой в виде “отшелушивания”, без нарушения остроты зрения.

Через 2 месяца наступило полное выздоровление больной.

Исходя из эпидемиологического анамнеза, можно предположить, что это местное заражение произошло в летние месяцы, когда больная находилась в пригородной зоне Казани. За пределы Республики Татарстан женщина не выезжала в течение ближайших 3 лет. Очевидно, инкубация составляла около 3 месяцев.

Таким образом, дирофиляриоз встречается на территории Республики Татарстан. Основным definitivo-хозяином является собака. Наличие большого выплода комаров в теплое время года предрасполагает к возможной трансмиссивной передаче заболевания в летние месяцы (с июня по сентябрь) человеку. Выявление случаев заболевания среди людей требует внимания и настороженности у различных специалистов лечебно-профилактических учреждений, центров госсанэпиднадзора и ветеринарной службы Республики Татарстан.