

Ю.І. Бойко, В.Д. Москалюк, М.О. Андрущак, М.О. Соколенко, О.І. Голяр

ВИПАДОК ЗАВІЗНОЇ ТРОПІЧНОЇ МАЛЯРІЇ НА БУКОВИНІ

ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет»

Мета роботи – привернути увагу лікарів до можливості завізних випадків тропічної малярії, що для діагностики і лікування вимагає відповідної готовності спеціалістів.

Малярія продовжує залишатись великою проблемою сучасної медицини. Загальна частка захворюваності на малярію становить 2,6 % від усіх захворювань у світі. Поширеність малярії залежить від соціальних, природних та біологічних факторів. Завезені випадки малярії з тропіків можуть з'явитися у помірному кліматі в будь-який час. Значну проблему становить лікування цієї недуги у зв'язку із відсутністю протималярійних препаратів в Україні.

Автори спостерігали тяжку форму раннього рецидиву тропічної малярії у пацієнта, який прибув з Гани, де перед від'їздом переніс гарячку нез'ясованої етіології. Захворювання ускладнилось малярійною комою і гострою нирковою недостатністю. Комплексна терапія з використанням делагілу та патогенетичних засобів закінчилась видужанням.

Висновки. При тропічній малярії, а особливо появи її рецидивів, спостерігається тяжкий клінічний перебіг та розвиток декількох ускладнень. Україна належить до країн з недостатньою забезпеченістю протималярійними препаратами.

Ключові слова: тропічна малярія, малярійна кома, ниркова недостатність.

Незважаючи на значні досягнення у профілактиці, своєчасній діагностиці та лікуванні, малярія продовжує залишатись величезною проблемою сучасної медицини разом із такими захворюваннями, як туберкульоз та ВІЛ-інфекція. Простежується чітка тенденція до розповсюдження її у всіх країнах світу [1, 2].

Загальна частка захворюваності на малярію становить 2,6 % від усіх захворювань у світі. Всесвітня організація охорони здоров'я прогнозує щорічне підвищення захворюваності на малярію в середньому на 16 %. Число смертей від малярії коливається від 1,5 до 3 млн людей щорічно, причому 85 % припадає на населення Африки. У відсотковому співвідношенні смертність від малярії сягає 4–5 % від загальної смертності у світі [2].

В Африці кожен хвилину від малярії гине одна дитина. Епідемічна ситуація з малярії ускладнюється тим, що в країнах інтенсивного її розповсюдження широко поширене безсимптомне носійство збудників малярії, що є небезпечним при завозі малярії на території, де вона відсутня. Швидко зростає та розповсюджується резистентність збудників малярії до протималярійних препаратів. Набуття стійкості збудниками супроводжується підвищенням тяжкості клінічного перебігу хвороби і летальності [3].

Більше 2 млрд людей живуть в країнах тропічного та субтропічного клімату, де ризик зараження високий. В країнах, де вона раніше не зустрічалася, збільшується кількість завізних випадків малярії, з'являються природні осередки триденної малярії, місцеві випадки, а також продовжують реєструватись летальні наслідки тропічної малярії.

Кількість завезених випадків малярії в Україну постійно збільшується. У лікувально-профілактичних установах нерідкі випадки пізньої та/або помилкової клінічної діагностики малярії [1].

Відомо, що малярію у людини спричиняють плазмодії п'ятих видів (*Plasmodium vivax*, *P. falciparum*, *P. malariae*, *P. ovale*, *P. knowlesi*), що передаються комарами роду *Anopheles*. Відповідно до виду збудника розрізняють такі клінічні форми малярії: триденну, чотириденну, тропічну, овале- та *knowlesi*-малярію.

Сьогодні доведено, що *P. knowlesi* та інші здатні інфікувати не тільки мавп, як це було відомо раніше, а також і людей. Це нова видова форма захворювання виявлена відносно нещодавно на Південному Сході (Малайзія) [4, 5].

Найбільш небезпечною («злоскісною») є тропічна малярія, на яку припадає більше 98 % летальних випадків [1]. Не винятком є і *knowlesi*-малярія, адже часто при ній розвивається дихальна недостатність, гострий респіраторний дистрес-синдром, гостра ниркова недостатність, інфекційно-токсичний шок, їх поєднання та нерідко – тромбоцитопенія.

Всі випадки малярії в Україні завізні, причому викликані всіма видами малярійного плазмодія. Так, за даними Державної санітарно-епідеміологічної служби України, у 2014 р. тропічна малярія складала 30 випадків (61,2 %), триденна – 5 (10,2 %), овале-малярія – 4 (8,2 %), чотириденна малярія – 1 (2 %), малярія, спричинена декількома збудниками – 9 (18,3 %) [4].

У Чернівецькій області останній завізний випадок тропічної малярії, який перебігав із ускладненнями, зареєстровано у червні 2015 року.

З епіданамнезу захворювання відомо, що хворий І., 42 р., прибув з Гани (Африка), де працював з квітня по червень 2015 р. У травні там же лікувався з приводу гарячкової хвороби, пройшовши курс терапії протималярійним препаратом (коартем).

Приїхав у Чернівці 11.06.2015 р. у задовільному стані. А 15.06.2015 р. гостро підвищилась температура тіла до 40,0 °С, що супроводжувалось нудотою і блюванням. Відомо лікувався жарознижуючими, після чого 16.06 відмітив короткочасний ефект – температура тіла впала, з'явилися загальна слабкість, в'ялість. Через два дні симптоми відновилися і хворий черговий раз відмітив підйом температури тіла до 38,0 °С. Зважаючи на негативну динаміку, хворий звернувся за медичною допомогою за місцем проживання до сімейного лікаря, який призначив емпірично антибактерійну терапію (цефтриаксон, азитроміцин).

Наступного дня (20.06) температура тіла не знизилась, через що хворого лікар направив на стаціонарне лікування в інфекційне відділення обласної лікарні з діагнозом «малярія та гарячка Ебола»? Каретою швидкої допомоги хворий був доставлений у приймальне відділення інфекційного стаціонару.

При огляді – загальний стан середньої тяжкості, свідомість ясна, температура тіла 37,7 °С, шкірні покриви бліді, субіктеричні. Язик сухий, обкладений білим нальотом. Гемодинаміка з тенденцією до гіпотонії (АТ 110/70 мм рт. ст., пульс 98 уд./хв, ритмічний, задовільних властивостей. При пальпації печінка виступає з-під правої реберної дуги на 2 см. Селезінка, легені, серце – без патології. Менінгеальних знаків немає. Враховуючи скарги хворого, дані об'єктивного обстеження та епіданамнезу, хворого госпіталізували в інфекційний стаціонар Чернівецької обласної клінічної лікарні з попереднім діагнозом триденна малярія, ранній рецидив.

Наступного дня стан хворого погіршився, порушилась свідомість (відсутня реакція на подразники, розширення зіниць), відмічались підвищення температури тіла до 38,1 °С, блідість та вологість шкірних покривів (профузний піт), часте поверхнєве дихання, нестабільна гемодинаміка (АТ 90/60 мм рт. ст.), приглушеність серцевих тонів. Викликано реаніматолога в терміновому порядку.

У зв'язку із тяжкістю стану хворого було переведено у відділення реанімації та інтенсивної терапії для подальшого лікування з діагнозом «Малярія. Гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК) за геморагічним типом?».

При огляді черговий лікар-реаніматолог відмітив, що загальний стан хворого вкрай тяжкий. Стан свідомості

на рівні коми І (за шкалою ком Глазго – 8-9 балів). Шкірні покриви блідо-рожеві, вологі, температура 37,2 °С. ЧД 18/хв, над легенями аускультативно дихання підсилене із жорстким відтінком з обох сторін. Тони серця ритмічні, приглушені. АТ 100/60 мм рт. ст., пульс 100/хв. Печінка збільшена на 3-4 см. Неврологічно: анізокорія, реакція зіниць на світло дуже в'яла, мова відсутня, очні яблука відведені вліво, м'язовий тонус знижений. Менінгеальних знаків немає.

Під час перебування у ВРІТ хворий консультований неодноразово невропатологом, який спростував діагноз ГПМК, у зв'язку із відсутністю вогнищового ураження головного мозку (відсутність клінічних даних та даних КТ-головного мозку).

Окрім того, в динаміці спостерігали хворого кардіолог, який встановив діагноз «метаболічна кардіоміопатія на фоні основного захворювання, СН І, ФК ІІ»; офтальмолог – застійний диск зорового нерва; хірург – даних за гостру хірургічну патологію не виявлено (на основі клініки, УЗД ОЧП, дослідження *per gestum*).

У клінічному аналізі крові – анемія І ступеня, помірний лейкоцитоз із зсувом формули вліво за рахунок паличкоядерних лейкоцитів, мієлоцитів та промієлоцитів, виражена токсична зернистість нейтрофілів, помірне тромбоцитопенія, дещо прискорена ШЗЕ. У біохімічному аналізі крові: глюкоза 5,8 ммоль/л, загальний білок 47,8 г/л, загальний білірубін 47,4 мкмоль/л, сечовина 20,2 ммоль/л, креатинін 246 мкмоль/л, АлАТ 0,8 ммоль/(л×год), тимолова проба 9,7 од. Коагулограма: протромбіновий індекс 79 %, активований час рекальцифікації 120 с, фібриноген 220 мг/дл, гематокрит (Ht) 35,5. УЗД: печінка 157 мм, підвищеної ехогенності, жовчний міхур – густа жовч, підшлункова залоза і селезінка без патології, в обох плевральних синусах та черевній порожнині вільна рідина не визначається.

Діагноз підтверджений при дослідженні препаратів крові на малярію: тонкого мазка – 5 шт., товстої краплі – 4 шт., які надійшли в паразитологічну лабораторію (відділ дослідження біологічних факторів) державної установи «Чернівецький обласний лабораторний центр України» на ідентифікацію (забір крові – 23.06.2015) – ідентифіковано *Plasmodium falciparum* (кільцеподібні трофозоїти ++, шизонти ++).

На основі всіх вищевказаних методів дослідження встановлено діагноз: ранній рецидив тропічної малярії (*P. falciparum*), завізний випадок, тяжкий перебіг. Ускладнення: малярійна (мозкова) кома, гостра ниркова недостатність.

Специфічне лікування проводилося введенням протималярійних препаратів (делагіл через зонд за схемою, зважаючи на відсутність препаратів хініну). Окрім цього, проводилась протинабрякова, дезінтоксикаційна, гіпо-

амоніємічна (гепатопротекторна), мембраностабілізуюча, антиішемічна, антибіотикотерапія. Гемодинаміка підтримувалась самостійно.

На фоні проведеної інтенсивної терапії на 5-ий день перебування у ВРІТ загальний стан хворого покращився з відновленням свідомості. Хворий був адекватний, проте загальмований та сонливий. Температура тіла нормалізувалась, сеча посвітлішала. Ознак жовтяниці не виявлялось. Скаржився на загальну слабкість, в'ялість, запаморочення. Нижній край печінки пальпувався біля нижнього краю реберної дуги, неbolючий.

Через два дні після опритомнення у зв'язку із покращенням загального стану та за даними лікарів-реаніматологів про те, що надання інтенсивної терапії не потребує, хворого переводять в інфекційне відділення для подальшого лікування з децю підвищеними лабораторними показниками сечовини та креатиніну, незначними явищами анемії.

Під час перебування в інфекційному стаціонарі при мікроскопії мазка (аналіз від 30.06.2015 р.) виявлено зер-

нистість еритроцитів, яку розцінено як зернистість Шюффтнера чи Мауерера, що характерно для малярійних плазмодіїв. У зв'язку з цим вирішено доповнити проведену етіотропну терапію доксацикліном тривалістю 5-7 днів по 1 таб. 2 р/д. за схемою.

На 17-ий день перебування у лікарні після стабілізації загального стану, значного покращення лабораторних показників загально-клінічних, специфічних аналізів та після отримання двох негативних результатів дослідження крові на виявлення малярійних плазмодіїв, хворого виписали додому. Рекомендовано амбулаторне спостереження.

Висновки

1. Наведене спостереження акцентує увагу на складній ситуації з малярії у світі, а також частому завозі її в Україну.
2. При тропічній малярії, а особливо появи її рецидивів, спостерігається тяжкий клінічний перебіг та розвиток декількох ускладнень.
3. Україна належить до країн з недостатньою забезпеченістю протималярійними препаратами.

Література

1. Малий В.П. Випадок завезеної тропічної малярії з летальним наслідком: патоморфологічні зміни / В.П. Малий, Я.Я. Боднар, Г.І. Губіна-Вакулік // Інфекційні хвороби. – 2014. – № 4. – С. 83-88.
2. Єршова І.Б. Малярія (клінічна лекція) / І.Б. Єршова, Т.Ф. Осипова, Г.О. Мочалова // Актуальна інфектологія. – 2014. – № 2(3). – С. 50-62.
3. Хомуцяньська Н.І. Малярія: Клініко-епідеміологічна характеристика в сучасних умовах, діагностика, лікування, профілактика

(клінічна лекція) / Н.І. Хомуцяньська, В.М. Фролов // Укр. мед. альм. – 2012. – Т. 15, № 3. – С. 216-221.

4. Бабич Я.П. Маляриологическая ситуация в современных условиях Украины / Я.П. Бабич // Студенческая медицинская наука XXI века : Мат. XV-й междунар. конф. студентов и молодых ученых, Витебск, 4-5 ноября 2015 г. – С. 433-435.

5. Малий В.П. Knowlesi-малярія: новий вид захворювання у человека / В.П. Малий // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2015. – №3-4. – С 82-83.

References

1. Malyi, V.P., Bodnar, Ya.Ya., & Hubina-Vakulik, H.I. (2014). *Vypadok zavezenoj tropichnoj maliarii z letalnym naslidkom: patomorfologichni zminy* [The case of imported falciparum malaria with lethal outcome: pathomorphological changes]. *Infektsiini khvoroby – Infectious diseases*, (4), 83-88 [in Ukrainian].
2. Yershova, I.B., Osypova, T.F., & Mochalova, H.O. (2014) *Maliariia (klinichna lektsiia)* [Malaria (clinical lecture)]. *Aktualna infektolohiiia – Actual Infectology*, 2 (3), 50-62 [in Ukrainian].
3. Khomutianska, N.I., & Frolov, V.M. (2012). *Maliariia: Kliniko-epidemiologichna kharakterystyka v suchasnykh umovakh, diahnozyka, likuvannia, profilaktyka* (clinical and epide-

miological characteristics in modern conditions, diagnosis, treatment, prevention (clinical lecture)]. *Ukrainskyi medychnyi almanakh – Ukrainian Medical Almanac*, 15 (3), 216-221. [in Ukrainian].

4. Babych, Ya.P. (2015). *Malyariologicheskaya situatsiia v sovremennykh usloviyakh Ukrainy* [The malarialogical situation in the modern conditions of Ukraine]. *Proceedings of the 15th international conference students and young scientists. Vitebsk, November 4-5, 433-435.* [in Belarussian].

5. Malyi, V.P. (2015) *Knowlesi-malyariia: novyy vid zabolevaniia u cheloveka* [Knowlesi-malaria: New type of disease in humans] *Klinichna imunologhiia. Alerholohiia. Infektolohiiia – Clinical Immunology, Allergology, Infectology*, 3 (4), 82-83 [in Ukrainian].

CASE OF IMPORTED FALCIPARUM MALARIA IN BUKOVYNA

Yu.I. Boyko, V.D. Moskaliuk, M.O. Andrushchak, M.O. Sokolenko, O.I. Holiar

Higher State Educational Institution «Bukovynian State Medical University»

SUMMARY. *The aim – to attract attention doctors to possibility of delivery cases of tropical malaria, that for diagnostics and treatment requires corresponding readiness of specialists.*

Malaria continues to be a big problem in modern medicine. The total share of the incidence of malaria is 2.6 % of all diseases in the world. The prevalence of malaria depends on the social, natural and biological factors. Introduced cases of malaria with the tropics may occur in temperate climates at any time. A significant problem is the treatment of this disease because of the lack of antimalarial drugs in Ukraine.

Authors looked after the heavy form of early relapse of tropical malaria for a patient that arrived from Ghana, where before departure carried the fever of incomprehensible etiology. A disease became complicated by a malarial coma and acute kidney insufficiency. Complex therapy with the use of delagil and nosotropic facilities made off recovery.

Conclusions. *At a tropical malaria, and especially to appearance of her relapses, there are heavy clinical motion and development of a few complications. Ukraine*

belongs to the countries with the insufficient provision of antipaludian preparations.

Key words: *tropical malaria; malaria coma; renal failure.*

Відомості про авторів:

Бойко Ю.І. – асистент, ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», greenangel1@mail.ru

Москалюк В.Д. – д.мед.наук, професор, ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», vdmoskaliuk@rambler.ru

Андрущак М.О. – асистент, ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», r_andrushak@mail.ru

Соколенко М.О. – асистент, ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», sokolenko_maks@ukr.net

Голяр О.І. – к.мед.н., доцент, ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», golyar@mail.ua

Information about authors:

Boyko Y.I. – assistant, Higher State Medical Institution «Bukovynian State Medical University», greenangel1@mail.ru

Moskaliuk V.D. – MD, Professor, Higher State Medical Institution «Bukovynian State Medical University», vdmoskaliuk@rambler.ru

Andrushchak M.O. – assistant, Higher State Medical Institution «Bukovyna State Medical University», r_andrushak@mail.ru

Sokolenko M.O. – assistant, Higher State Medical Institution «Bukovynian State Medical University», sokolenko_maks@ukr.net

Holiar O.I. – PhD, Associate Professor, Higher State Medical Institution «Bukovynian State Medical University», golyar@mail.ua

Конфлікт інтересів: немає.

Authors have no conflict of interest to declare.

Отримано 3.03.2017 р.