

КОРОТКИ ПОВІДОМЛЕННЯ

HIV-INFECTІON/AIDS – PROBLEMS AND PERSPECTIVES

S.R. Melenko, V.D. Moskalyuk

SUMMARY. The incidence rate of HIV-infection/AIDS in Ukraine has been analyzed, its essential rise has been established. The important role of indirect laboratory markers (thrombomodulin, Willebrand's factor, E-selectin) in diagnosing the endothelial

dysfunction has been indicated. The significance of revealing cryoglobulinemia at these diseases has been emphasized and that will make it possible to prognosticate the severity of the course and to develop new approaches to correcting revealed changes.

Key words: HIV-infection/AIDS, endothelial dysfunction, cryoglobulinemia.

© Колектив авторів, 2008
УДК 616.936-057.36

І.З. Карімов, Н.Г. Лось-Яценко, О.А. Одинець, А.О. Дегтярьова, Т.О. Одинець, В.М. Петров

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ЗАВІЗНОЇ ТРОПІЧНОЇ МАЛЯРІЇ В КРИМУ

Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського

Описаний клінічний випадок тяжкого перебігу завізної тропічної малярії в м. Сімферополі.

Ключові слова: малярія, клініка, лікування.

Завізна малярія залишається актуальною проблемою для України у зв'язку з відсутністю настороженості лікарів і пізньою діагностикою, що нерідко призводить до летальних вислідів [1, 2]. Частота завезення малярії до України зберігається на досить високому рівні [3-5]. Враховуючи те, що кількість хворих на завізну малярію в АРК коливається від 1 до 4 випадків за рік, далеко не всі лікарі дільничної мережі і швидкої допомоги стикалися з цією інфекцією, що збільшує відсоток помилок у діагностиці. Тому стає очевидною необхідність аналізу клініко-епідеміологічних особливостей яскравих випадків малярії в Криму. У роботі представлено наше спостереження хворого на завізну тропічну малярію з тяжким ступенем, госпіталізованого в інфекційне відділення 7-ї міської лікарні м. Сімферополя.

Хворий П., 48 років (історія хвороби № 722), перебував на стаціонарному лікуванні з 13.06 до 04.07.06 р. Діагноз: тропічна малярія, тяжкий ступінь, прекома I.

З анамнезу встановлено наступне. Протягом місяця (з 01.05 по 02.06.06 р.) перебував у Західній Африці (Малі), де одержував хімопрофілактику нівахіном (хлороквін) 1 раз на тиждень (і після в'їзду до України 02.06.06). У ніч з

08.06 на 09.06.06 р. з'явився озноб, підвищилася температура тіла, була загальна слабкість. Підйоми температури відмічались щодня до 39 °С, без певної послідовності, супроводжувалися слабкими ознобом і пітливістю. Апетит був знижений, хворий мало вживав рідини, добовий об'єм сечі зменшився. Приймав панадол і хлороквін (100 мг 1 раз на тиждень). 13.06.06 р. звернувся у приймальне відділення інфекційного стаціоналу м. Сімферополя, де в аналізі крові були виявлені Plasmodium falciparum, рівень паразитемії становив 488 350 в 1 мкл (кільця, «зоряне небо»).

Під час ушпиталення (о 9⁴⁵) був стан середньої тяжкості, свідомість ясна. Шкірні покриви не жовті, тони серця приглушені, ритмічні, пульс 92 за 1 хв, АТ 100 і 60 мм рт. ст., температура тіла 37,8 °С, аускультативно над легеньми хрипів не було, частота дихання 28 за 1 хв, живіт м'який, не болючий, печінка виступала з-під краю реберної дуги по середньключичній лінії на 1-1,5 см, не болюча, селезінка не пальпувалася, випорожнення 1 раз на добу, оформлені, добовий діурез знижений, колір сечі не змінений.

При госпіталізації хворому були призначені хінін (per os) по 0,5 г 4 рази на добу, примахін по 0,009 г 3 рази на добу; інфузійна терапія в об'ємі 1000 мл (глюкоза 5 %, трисоль, реополіглюкін), а також карсил по 1 таблетці 3 рази на добу, глутаргін (40 %), рибоксин (2 %), аскорбінова кислота (5 %) і дексаметазон (8 мг/добу).

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

Незважаючи на терапію, стан хворого через 12 год (13.06.06.) став тяжким. Зберігалися скарги на загальну слабкість, знижений апетит, гарячку. З'явилася субіктеричність склер, розміри печінки збільшилися (+2,0 см), діурез залишався зниженим, з боку серцево-судинної і дихальної систем – без погіршення, менінгеальних симптомів і ознак геморагічного синдрому не було. В крові рівень паразитемії становив 65 000 в 1 мкл. Враховуючи стан пацієнта і показники коагулограми, до лікування було додано: доксициклін (per os) по 0,1 г 2 рази на добу, вікасол, етамзилат, амінокапронову кислоту 5% (200,0 внутрішньовенно), трентал, неогемодез (200,0 внутрішньовенно). Слід зазначити, що хінін внутрішньовенно не вводили через відсутність такої форми препарату.

14.06.06 стан хворого залишався стабільно тяжким, без менінгеальних знаків, ознак порушення свідомості, діяльності серцево-судинної і дихальної систем також не було, симптом постукування – негативний з обох боків, діурез достатній, АТ 120 і 70 мм рт. ст., частота дихання 28 за 1 хв, температура тіла 37,6 °С. Проте до вечора (19⁰⁰) хворий відчув різку загальну слабкість, «важкість» у голові, зниження слуху, було одноразове блювання. При цьому не було ознак енцефалопатії і геморагічного синдрому, гемодинаміка була стабільною, склери стали іктеричними. Рівень паразитів вже досяг 406 300 в 1 мкл крові (кільця, юні трофозоїти). Родичі хворого були попереджені про необхідність хініну для внутрішньовенного введення.

15.06.06 в 9⁰⁰ стан пацієнта розцінювався як прекома І, консультувався реаніматологом. Хворий притомний, але різко загальмований, швидко виснажується, дизартрія, менінгеальні симптоми від'ємні. Температура тіла 37,1 °С, шкіра і склери іктеричні, язик сухий, обкладений білим нальотом, живіт м'який, не болючий, помірно здутий, печінка +5-7 см, симптом постукування негативний з обох боків, діурез збережений (за 6 год – 450 мл). Аускультативно – дихання жорстке, хрипів немає (ЧД 22 за 1 хв), тони серця глухі (АТ 125 і 75 мм рт. ст., пульс 90 за 1 хв). Рівень паразитемії становив 409 100 в 1 мкл (кільця, зруйновані форми паразитів). Враховуючи негативну динаміку хвороби, хінін для перорального застосування був замінений хініном для внутрішньовенного використання (препарат наданий родичами хворого), краплинно по 600 мг в 400 мл фізіологічного розчину 2 рази на добу, курсом 8 днів. Загальний об'єм інфузійної і патогенетичної терапії збільшили. До 19⁰⁰ рівень паразитемії становив 310 000 в 1 мкл.

16.06 відмічається позитивна динаміка, скарги на загальну слабкість, знижений апетит. Свідомість ясна, адекватний, орієнтований, температура тіла 37,1 °С, самостійно пересувається по палаті. Шкіра і склери субіктеричні, живіт м'який, не болючий, не здутий, печінка +2-3 см, випорожнення нормальні, діурез збережений, достатній. Ознак геморагічного синдрому немає. Тони серця ритмічні, помірно приглушені (АТ 130 і 80

мм рт. ст., пульс 82 за 1 хв). Над легеньми хрипи не вислуховуються (ЧД 20 за 1 хв). Рівень паразитемії 206 000 в 1 мкл (кільця, зруйновані форми паразитів).

17.06. стан пацієнта без негативної динаміки. Ознак енцефалопатії, геморагічного синдрому немає, порушень з боку органів серцево-судинної і дихальної систем немає. Температура тіла 37,0 °С, пульс 82 за 1 хв, АТ 120 і 70 мм рт. ст., ЧД 20 за 1 хв. Ступінь паразитемії – 107 000 в 1 мкл (кільця, зруйновані форми паразитів).

18.06 стан середньої тяжкості, скарги на «шум у вухах», деяке порушення сну, апетит покращав. Шкіра і склери не жовті, температура тіла 36,7 °С, язик вологий, злегка обкладений білим нальотом, живіт м'який, не болючий, не роздутий, печінка +1-2 см, симптом постукування негативний з обох боків, діурез не знижений, випорожнення в нормі. Аускультативно – дихання везикулярне, хрипів немає (ЧД 18 за 1 хв), тони серця ясні (АТ 105 і 65 мм рт. ст., пульс 72 за 1 хв). Рівень паразитемії – 3 950 в 1 мкл (кільця, зруйновані форми паразитів).

З 19.06 по 23.06 суб'єктивно й об'єктивно в стані хворого відмічається позитивна динаміка, кількість паразитів в 1 мкл крові знижується з 3 476 до 560. З 24.06 стан розцінюється як задовільний зі стабільною гемодинамікою, нормальною температурою тіла, об'єктивними клінічними і лабораторними показниками крові (загальноклінічні, біохімічні, коагулограма). У крові виявляються поодинокі ядра паразитів. Хінін відмінили, доксициклін хворий продовжував одержувати до 26.06.06., призначили примахін по 1 таблетці 3 рази на добу курсом 5 днів (23.06.-27.06.06).

Наводимо основні лабораторні показники в динаміці з урахуванням етіотропної терапії, що проводилась (табл. 1).

В описаному клінічному випадку цікаво відзначити, що у хворого з тяжким ступенем тропічної малярії, коли спостерігався сопорозний стан і високий рівень паразитів у крові, проміжні стадії еритроцитарної шизогонії не виявлялися, а були тільки кільця. Як видно з описаного випадку, найбільше значення у сприятливому висліді недуги мало внутрішньовенне введення хініну.

Висновки

1. Обстеження на малярію осіб, які повернулися з ендемічних осередків, повинне проводитися при будь-якій зміні самопочуття, а хіміопротифілактика в осередках не завжди запобігає розвитку тропічної малярії.

2. Тяжкий ступінь тропічної малярії не обов'язково супроводжується типовими пароксизмами, а самостійний прийом протималярійних препаратів надалі спотворює клінічну картину недуги.

3. При тропічній малярії, незважаючи на пероральне застосування хініну, існує загроза розвитку злоякісних форм, тому пацієнтам з тяжким перебігом необхідне внутрішньовенне введення хініну, якого в Україні, на жаль, немає.

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

Таблиця 1

Основні лабораторні показники, рівень паразитемії в динаміці захворювання у хворого П. з урахуванням етіотропної терапії

Дата		14.06	16.06.	17.06.	19.06.	21.06	23.06.	26.06
Аналіз крові	Нь, г/л	115,3	94,4	116,2	100,7	107,0	111,7	115,3
	Еритроцити, Т/л	3,65	3,72	3,65	3,25	3,36	3,48	3,68
	Лейкоцити, Г/л	7,8	15,8	10,5	6,4	9,2	8,8	7,0
	п., %	2	26	4	6	3	2	4
	с., %	66	53	66	64	57	68	66
	лімф., %	28	14	27	27	38	27	27
	мон., %	2	6	3	3	2	3	3
	еоз., %	2	1	0	0	0	0	0
	ШОЕ, мм/год	2	15	16	29	25	25	12
Аналіз сечі	Пит. вага сечі	1005	1025	1028			1012	1014
	Лейк. в п/зору	7-10	2-3	3-4			2-4	1-2
	Реакція	Луж.	Нейт.	Луж.			Луж.	Кисл.
	Білок, г/л	-	-	0,066			-	-
	Цукор	-	-	-			-	-
Білірубін загальний, мкмоль/л		64,2	89,5	30,4	19,9	18,1	13,3	-
Білірубін прямий, мкмоль/л		30,1	57,4	8,7	6,5	4,5	4,1	-
Білірубін непрямий, мкмоль/л		34,1	32,1	21,7	13,4	13,6	9,2	-
Сечовина, ммоль/л		9,1	10,3	7,9	7,7	5,1	5,1	7,0
Протромбіновий індекс, %		53	82	95	89	88	94	-
Дата	Кількість паразитів в 1 мкл крові	Температура тіла, °С	Хінін (per os) 0,5 г 4 рази/добу	Хінін (в/в) 600 мг 2 рази/добу	Доксициклін 0,1 2 рази/добу	Примахін 1 табл. 3 рази/добу		
13.06.	488 350-65 000	37,8	+		+			
14.06.	406 300	37,6	+		+			
15.06.	409 100	37,1	+	+	+			
16.06.	206 000	37,1		+	+			
17.06.	107 000	37,0		+	+			
18.06.	3 950	36,7		+	+			
19.06.	3 476	36,3		+	+			
20.06.	1 890	36,5		+	+			
21.06.	1 100	36,6		+	+			
22.06.	560	36,5		+	+			
23.06.	одиночні ядра	36,6		+	+	+		
24.06.		норма			+	+		
25.06.		норма			+	+		
26.06.		норма			+	+		
27.06.		норма				+		
28.06.		норма						
29.06.		норма						
30.06.		норма						
01.07.		норма						

Література

- Бодня Е.И. Малярія // Мистецтво лікування. – 2006. – № 6 [032]. – С. 15-20.
- Аршинов П.С., Лось-Яценко Н.Г., Карімов І.З. та ін. Клініко-епідеміологічна оцінка завізних випадків малярії в Криму // Інфекційні хвороби. – 2007. – № 2. – С. 27-31.
- Малярія в Україні: Інформ. лист від 24.04.01 р. № 04.3/845 / ЦСЕС МОЗ України. – К., 2001. – 5 с.
- Малярія в Україні: Інформ. лист від 11.04.05 р. № 04.3/743 / ЦСЕС МОЗ України. – К., 2005. – 5 с.
- Малярія в Україні: Інформ. лист від 17.05.06 р. № 04.3/1040 / ЦСЕС МОЗ України. – К., 2006. – 5 с.

CLINICAL CASE OF DELIVERY TROPICAL MALARIA IN CRIMEA

I.Z. Karimov, N.H. Los-Yatsenko, O.A. Odynets, A.O. Dehtyaryova, T.O. Odynets, V.M. Petrov

SUMMARY. The clinical case of severe course of delivery tropical malaria in Simferopol is described in the article.

Key words: malaria, clinical case, treatment.