

1/2010

# СУЧАСНІ ІНФЕКЦІЇ

На допомогу  
практичному лікарю

---

МОЗ повідомляє

---

Оригінальні дослідження

---

Випадки з практики

---

Огляди, лекції





## ВИПАДКИ З ПРАКТИКИ

УДК: 616.936--036.22

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОГО  
ТЕЧЕНИЯ МАЛЯРИИА.Е. АРТЕМОВ<sup>1</sup>, В.И. ПИВЕНЬ<sup>2</sup>, И.В. ШЕСТАКОВА<sup>2</sup>.<sup>1</sup>Клиническая больница №9, г. Киев<sup>2</sup>Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев

ключевые слова:

малярия, клинический случай

Малярия остается важной проблемой здравоохранения в мире. Эпидемическая ситуация осложняется распространением устойчивых форм возбудителя к традиционным противомаларийным препаратам, повсеместным ростом миграционной активности населения, глобальным потеплением климата, ошибками в диагностике и оказании медицинской помощи заболевшим.

В Украине ежегодно регистрируются случаи завозной малярии. Особое клиническое значение имеет тропическая малярия, поздняя диагностика и несвоевременное лечение которой у неиммунных лиц нередко приводят к тяжелым осложнениям и летальному исходу. В некоторых странах летальность от завозной тропической малярии составляет 7%. Безусловно, в первые дни болезни поставить диагноз малярии непросто. Специфических симптомов нет. Инициальная лихорадка преимущественно имеет неправильный характер без периодов апиреksии, часто отсутствуют профузная потливость и четко выраженные ознобы. Гепатолиенальный синдром может появляться позже. Такие жалобы, как недомогание, общая слабость, головная боль, ломота в суставах часто наблюдаются не только при малярии, но и при многих патологических состояниях само-

го разного генеза. С другой стороны, диагностической ошибки можно избежать довольно просто: нужно всегда помнить о возможности развития малярии среди наших соотечественников у нас дома, а не в далекой Африке; правильно оценивать эпидемиологический анамнез, который нередко имеет решающее значение; при подозрении на малярию без промедления назначить микроскопию толстой капли и мазков крови.

Иллюстрацией может служить *следующий клинический случай*: больной В., 42 лет, житель г. Киева. Доставлен 6.01.10 в инфекционное отделение ГКБ №9 по направлению врача неотложной помощи с диагнозом "Лихорадка неясного генеза, гипертермия, грипп? Галлюциноз".

Жалобы при поступлении на выраженную общую слабость, сухость во рту, повышение температуры тела. Заболел 31.12.09, когда появилась тяжесть в спине. В дальнейшем отмечал постепенное в течение нескольких дней повышение температуры тела до 39,8°C. К врачу не обращался, самостоятельно принимал жаропонижающие средства (названий не помнит). Состояние резко ухудшилось 06.01, когда жена обратила внимание на заторможенность и неадекватность поведения больного, в связи с чем вызвали врача на дом.



В анамнезе — острый пиелонефрит 25 лет назад. Считал себя здоровым. В течение последних 3 лет больной неоднократно выезжал в Гвинею. Последний раз вернулся за 2 недели до заболевания. Химиопрофилактика малярии ни разу не проводилась. Малярию в прошлом отрицает.

Объективно: состояние тяжелое. Больной адинамичен, положение в постели пассивное. Кожа бледная, субиктеричная. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС — 106 в мин, АД 90/60 мм рт.ст. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Увеличена печень, пропальпировать селезенку не удалось. Менингеальных знаков нет.

**Диагноз при поступлении:** малярия, дифференцировать с брюшным тифом.

На следующий день состояние больного ухудшилось: уменьшился диурез вплоть до олигоанурии, моча приобрела черную окраску, выросли слабость и заторможенность, появилась дезориентация во времени и частично в собственной личности, развился диарейный синдром. Появился слабо выраженный менингеальный синдром без очаговой неврологической симптоматики, увеличилась печень до +2,5-3 см, стала пальпироваться селезенка (+2,5 см ниже реберной дуги). Больной был переведен в отделение инфекционной реанимации. Отмечен рост уровня паразитемии, несмотря на прием лариама, что было расценено как устойчивость данного штамма возбудителя к мефлохину.

9.01.10 появились клинические признаки пневмонии (мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах с обеих сторон, одышка, сатурация снизилась с 97 до 92%), вырос интоксикационный синдром (тошнота, усилилась общая слабость), появилась икота. Диурез увеличился до 4200 мл в сутки (максимально до 6000 мл 10.01.10 с развитием гипозостенурии). Рентгенологически — двусторонняя полисегментарная пневмония, значительное увеличение сердца.

С 15.01 резкое ухудшение состояния: больной в сопоре, продуктивному контакту недоступен, неадекватен. Конечности пастозны. 16.01 выросла дыхательная недостаточность, самостоятельное дыхание неэффективно, сатурация снизилась до 72%. Несмотря на начатую ИВЛ, состояние прогрессивно ухудшалось, наступила остановка сердечной деятельности.

**Заключительный клинический диагноз:**

- 1). Тропическая малярия (*pl. falciparum*), тяжелое течение.
- 2). Отек головного мозга. ОПН. ДВС-синдром. Двусторонняя полисегментарная пневмония. ДН 2 ст. Гемолитическая желтуха. Вторичная анемия. Токсико-аллергический миокардит.
- 3). Хр. гепатит. Хр. панкреатит. Хр. пиелонефрит.

Патологоанатомический диагноз:

- 1). Малярия
- 2). Двусторонняя полисегментарная субтотальная пневмония. Токсический миокардит. Миокардиодистрофия. Гепатомегалия (2400 г). Спленомегалия (300 г). Перикардит (120 мл).
- 3). Хронический двусторонний пиелонефрит, больше справа в ст. обострения.

Непосредственная причина смерти — полиорганная недостаточность.

Заболевание, которое обусловило непосредственную причину смерти, — миокардит.

Основное заболевание — малярия.

Паразитоскопия крови:

- 06.01 — *pl. falciparum* кольцевидные шizontы +++  
 07.01 — паразитемия ++++  
 09.01 +++  
 10.01 ++  
 11.01 +  
 12.01 — единичные кольца в препарате  
 15.01 — в капле единичные кольца, в мазках паразиты не обнаружены.

УЗИ ОБП 13.01.10

#### Биохимический анализ крови

Дата	Билирубин общ.	прямой	непрямой	АЛТ	АСТ	Белок	Мочевина	Креатинин	Глюкоза
8.01	301,5	223,5	78	1,09	1,23	60,0	24	366	3,7
9.01	91,2	52,9	38,3	0,93	0,91	60	14,9	228	
10.01	100,2	75	25,2	0,95	1,1	53,2	18,1	420	
11.01	82,3	50,3	32	1,1	0,7	57,9	34,0	375	5,5
13.01	72,3	21	51,3	0,7	0,7	54,0	22,4	147	2,4



Печень увеличена (ПЗР правой доли 176 мм, левой — 72 мм). Структура диффузно неоднородна, эхогенность несколько снижена. Желчный пузырь и поджелудочная железа без особенностей. Портальная вена 12 мм, холедох — 5 мм. Селезенка увеличена,  $S = 74 \text{ см}^2$ . Почки увеличены. Правая 135x61, паренхима — 24-26 мм, неоднородная, эхогенность коркового вещества повышена. Полостная система не расширена, неравномерно утолщена. Левая — 135x64 мм, паренхима — 21-27 мм, структура паренхимы идентична структуре правой почки. Полостная система не расширена, неравномерно уплотнена. Свободной жидкости в брюшной полости не выявлено.

#### Этиотропная терапия

Делагил 1,5 г/сутки — 6.01.10

Доксициклин 0,1x2 раза + лариам 1,5 г — 7.01.10

Хинин 600 мгx3 раза в/в + доксициклин 0,1x2 раза + артесунат 4 таб. 8.01.10

Доксициклин 0,1x1 раз + артесунат 3 таб. + хинин 600 мгx3 раза в/в 9.01.10

Артесунат 3 таб. + хинин 600 мгx3 раза в/в — 10.01

Артесунат 3 таб. — 11.01.10

Коартем 8 таб. — 12-15.01.10.

#### Антибактериальная и патогенетическая терапия

Цефтриаксон 2 г/сутки 09.01.10

Меронем 1,0 г/сутки с 10 по 12.01.10

Тиенам 2 г/сутки + зивокс 1200 мг/сутки — 13-16.01.10

Этимзилат натрия, тиотриазолин, флюконазол, фуросемид, пентоксифиллин, инфузионная терапия (рефортан, трисоль, ксилат, глюкоза, р-р Рингера, реосорбилакт).

Переливание эритроцитарной массы 500 мл 15.01.

#### Выводы

1. Поздняя диагностика и поздняя госпитализация больных в инфекционные отделения обусловлены отсутствием настороженности и слабым знанием ранних клинических проявлений малярии врачами участковой сети.
2. Самолечение с бессистемным приемом медикаментов (в первую очередь — жаропонижающих, анальгетиков, антибиотиков) ухудшает течение малярии и формирует аутоиммунные процессы.
3. Пренебрежение больными химиопрофилактикой при посещении стран, эндемичных по малярии, приводит к тяжелому течению малярии (особенно — тропической), вплоть до летальных исходов болезни.
4. Наличие мефлохинустойчивых штаммов возбудителей малярии ставит под сомнение использование мефлохина как препарата выбора (хотя и единственно доступного в настоящее время в Украине) для лечения тропической малярии.