

О. А. ГОЛУБОВСЬКА¹, О. А. ГУДЗЕНКО¹, А. О. ЗАПЛОТНА¹, І. В. ШЕСТАКОВА¹,
О. В. БЕЗРОДНА¹, О. В. КУЦЕНКО², А. В. САБЛІН² (Київ)

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ІМПОРТОВАНОЇ ТРОПІЧНОЇ МАЛЯРІЇ

¹Кафедра інфекційних хвороб Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця;
²Олександрівська клінічна лікарня <gudoks@ukr.net>

У статті описано клінічний випадок тяжкого перебігу імпортованої тропічної малярії у жителя Києва. Діагноз був встановлений на 6-ту добу хвороби за наявності ознак церебральної форми хвороби. У пацієнта розвинулись тяжкі ускладнення внаслідок пізньої діагностики і несвоєчасно розпочатого лікування: малярійна кома, малярійний алгід, гострий респіраторний дистрес синдром, нозокоміальна пневмонія, гостра ниркова недостатність, малярійний гепатит, гемолітична анемія тяжкого ступеня. Пацієнт одужав. Ознаки анемії прогресували після елімінації збудника і зберігались після виписки з стаціонару.

Ключові слова: імпортована тропічна малярія; малярійна кома; малярійний алгід; анемія важкого ступеня

Вступ. Малярія відома людству з давніх давен, але і сьогодні залишається однією з найпоширеніших трансмісивних хвороб у світі. Останні 20 років – період безпрецедентного успіху у боротьбі з малярією, коли захворюваність і летальність знизилися майже на 40 % [7]. З 2015 р. не було зафіксовано жодного випадку передачі малярії в Європі. Тим не менше щороку, за даними ВООЗ на 2020 р., близько 229 млн людей в світі хворіють на малярію, 409 тис. з них вмирають від ускладнень хвороби; ендемічні осередки малярії зберігаються у 87 країнах світу [9]. У 2015 р. Всесвітня асамблея охорони здоров'я затвердила глобальну стратегію боротьби з малярією на 2016–2030 рр., головною метою якої було задекларовано зменшення рівня захворюваності і смертності від малярії на 90 % до 2030 р. [3]. Пандемія COVID-19 значно ускладнила виконання цієї програми, але, за даними ВООЗ, це не завадило досягти у 2020 р. цільових результатів. Біля 94 % захворюваності і 95 % смертності від малярії припадає на екваторіальну та субекваторіальну Африку [2]. Інфекція також залишається ендемічною для Південно-Східної Азії і деяких країн Латинської Америки.

Найбільше клінічне значення має тропічна малярія. Їй властивий закономірно більш тяжкий перебіг внаслідок певних особливостей збудника і патогенезу хвороби [1]. Виключно висока інтенсивність розмноження *Plasmodium falciparum*, здатність вражати еритроцити будь-якої зрілості; унікальна інвазивність збудника, коли в один еритроцит одночасно може проникати декілька мерозоїтів, – призводять до швидкого зростання паразитемії з перших днів хвороби. Тропічна малярія може призводити до ураження 10 % і більше еритроцитів, що часто є несумісним із життям. Масовий розпад еритроцитів, вивільнення в кров'яне русло величезної кількості мерозоїтів, продуктів їхнього метаболізму, фрагментів зруйнованих еритроцитів, що супроводжується підвищенням рівня певних цитокінів, призводять до тривалих пароксизмів гарячки, а наявність в крові декількох провідних генерацій паразита взагалі позбавляє температурну криву класичного пароксизмального характеру. Тому гарячка при тропічній малярії здебільшого носить неправильний характер, з першого дня хвороби немає чітко окреслених періодів ознобу і профузного потовиділення, періоди апірексії

звичай відсутні. Внаслідок швидкого зростання паразитемії рано розвивається і швидко прогресує анемія. В патогенезі тропічної малярії велике значення мають зміни властивостей вражених еритроцитів. На їхній поверхні з'являються протуберанці – knobli, які містять специфічні білки – ліганди. Крім того змінюється електричний потенціал мембрани інфікованих еритроцитів і як результат – цитоадгезія еритроцитів з ендотеліальними клітинами судин мікроциркуляторного русла, що призводить до їхньої секвестрації, формування паразитарних тромбів, в які залучаються не тільки інфіковані, але й неушкоджені еритроцити. Суттєве зниження прохідності капілярів призводить до гіпоксії і метаболічних розладів з боку всіх внутрішніх органів, в першу чергу – найбільш чутливих до гіпоксії (головного мозку, нирок, легень), що зумовлює основний спектр тяжких ускладнень тропічної малярії і високу летальність.

На шляху подолання проблеми малярії сьогодні в світі існують серйозні перешкоди. Екологічні фактори, перш за все глобальне потепління клімату, призводять до поширення переносника хвороби – комарів роду *Anopheles* – на нові території, що становить загрозу укорінення ендемічної малярії в країнах, де вона була ліквідована в попередні роки. Цьому сприяють також відсутність протективного післяінфекційного імунітету, а також надійних засобів специфічної профілактики малярії. Зростає резистентність малярійних плазмодіїв до протималярійних препаратів, а також резистентність комарів, переносників хвороби, до інсектицидів [4, 6, 8]. Надання медичної допомоги пацієнтам, хворим на малярію в Україні, додатково ускладнене тим, що артемізининмісні препарати, рекомендовані ВООЗ для лікування хвороби, досі не є зареєстрованими в нашій країні, а етіотропні засоби, що є зареєстрованими, часто відсутні в державних закупівлях. Проблема ця існує не один рік і потребує негайного вирішення.

На фоні значного покращання ситуації з малярією в світі впродовж двох останніх десятиліть проблема імпортованої малярії залишається актуальною для багатьох країн, на території яких давно відсутня трансмісивна передача хвороби. Цьому сприяють неконтрольовані міграційні процеси внаслідок різних причин, розвиток туризму, сучасні засоби комунікації, які дозволяють потенційним хворим з числа персоналу та пасажирів авіалайнерів в дуже короткий термін опинитися будь де на територіях, вільних від малярії. Це часто призводить до тяжких наслідків в результаті несвоєчасної діагностики та лікування. Якщо загальна смертність від малярії в світі, за даними ВООЗ, не перевищує 2 %, то навіть у розвинених європейських країнах смертність від імпортованої, в першу чергу тропічної малярії, сягає майже 7 % [5].

На жаль, серед лікарів в нашій країні переважає ставлення до малярії як до хвороби екзотичної, дуже далекої від України, на території якої вона була елімінована в середині минулого століття, але проблема імпортованої малярії досі залишається актуальною. Так, в Україні щороку реєструється декілька десятків випадків імпортованої малярії і їхня кількість постійно зростає.

Нами описано власне спостереження клінічного випадку тяжкого перебігу імпортованої тропічної малярії у мешканця Києва, який перебував на стаціонарному лікуванні в Олександрівській клінічній лікарні м. Києва з 23.05.2019 р. по 23.06.2019 р. (історія хвороби № 9301113).

Пацієнт К., 49 років, приватний підприємець, доставлений бригадою швидкої допомоги в приймальне відділення інфекційного стаціонару Олександрівської клінічної лікарні м. Києва на 6-ту добу від початку хвороби з попереднім діагнозом: «Судомний напад. Гіпертермічний синдром. Синдром менінгізму». У зв'язку із порушенням свідомості, що при поступленні було розцінено як результат введення сибазону на догоспітальному етапі, анамнез хвороби було зібрано з слів дружини пацієнта і лікаря бригади швидкої допомоги. Було з'ясовано, що пацієнт захворів 18.05.2019 р., коли температура тіла підвищилася до 37,5 °С, відчував помірне загальне нездужання. Стан покращився після прийому німесилу, до лікаря не звернувся. Наступного дня з'явився

помірний озноб, температура тіла підвищилася до 38,5 °С, а на 3–4-ту добу хвороби – до 39–39,5 °С, супроводжувалася ломотою в тілі, міалгією, головним болем, періодично помірною нудотою. Під впливом німесилу, який продовжував приймати в порядку самолікування, гарячка мала неправильний характер, температура періодично знижувалася до субфебрильних значень, самопочуття покращувалося. До лікаря не звернувся навіть тоді, коли помітив темну сечу і пожовтіння склер на 4–5-ту добу хвороби. На 6-й день від початку хвороби вирішив поїхати на консультацію до уролога у зв'язку з наростанням гарячки, інтоксикаційним синдромом, потемнінням сечі. Самопочуття було поганим, проте дозволило пацієнту сісти за кермо власного автомобіля. В дорозі йому стало зле, що призвело до ДТП. На місці події в присутності патрульної поліції у пацієнта стався судомний напад з актом сечовиділення, у зв'язку з чим бригадою швидкої медичної допомоги був доставлений в приймальне відділення інфекційного стаціонару.

Епідеміологічний анамнез: за 10 днів до початку хвороби пацієнт повернувся з Мадагаскару, де перебував у туристичній поїздки впродовж 2 тиж. Хіміопротекція малярії не проводилася. Першим лікарем, що поцікавився епідеміологічним анамнезом пацієнта, був інфекціоніст у приймальному відділенні Олександрівської клінічної лікарні.

Огляд при поступленні: стан тяжкий, свідомість порушена – 12 балів за шкалою Глазго, температура тіла 39,9 °С, шкіра, слизові оболонки ротової частини глотки, склери жовтушні, наявний гепатолієнальний синдром. У неврологічному статусі: ригідність м'язів потилиці +++; симптом Керніга сумнівний зліва; сухожилкові рефлекс симетричні; патологічні рефлекс не виявлено; вогнищева неврологічна симптоматика відсутня. ЧСС – 130; АД – 120/70 мм р. ст. Дихання везикулярне, ЧД – 22. SpO₂ – 98 %.

Діагноз при поступленні: «Малярія? Менінгоенцефаліт? Стан після судомного нападу».

За тяжкістю стану хворого госпіталізували у відділення інфекційної реанімації. Враховуючи наявність неврологічної симптоматики, а також обставини, що передували госпіталізації із високою вірогідністю травмування голови під час ДТП, проводилася диференціальна діагностика із закритою черепно-мозковою травмою, забом головного мозку, субарахноїдальним крововиливом. Пацієнта оглянув невропатолог. Була призначена люмбальна пункція. Патологічних змін в лікворі не виявлено. Ще до отримання результатів дослідження церебро-спінальної рідини підтвердився діагноз тропічної малярії.

Мікроскопія препарату «товста крапля» і тонких мазків крові cito! виявила *Pl. falciparum*, всі стадії розвитку: трофозоїти, шизонти, велика кількість морул і гамонтів («зоряне небо»); рівень паразитемії: +++++. негайно було розпочато етіотропне лікування малярії.

Впродовж наступних 2 тиж стан хворого залишався вкрай тяжким. на межі життя і смерті. Порушення свідомості в межах 9–12 балів за шкалою Глазго спостерігалось впродовж 12–13 діб від початку госпіталізації. На 14-й день сопор регресував до стану сомноленції (13 балів за шкалою Глазго).

В перші 2 доби госпіталізації у пацієнта були наявні гемодинамічні ознаки малярійного алгїду (тахікардія до 130 за 1 хв, зниження середнього артеріального тиску до 70 мм рт. ст.).

З першого дня госпіталізації прогресували ознаки гострого пошкодження нирок: зниження діурезу до 400–300 мл за добу, зростання рівня креатиніну і сечовини, лабораторних ознак метаболічного ацидозу (табл. 2). При цьому рівень K⁺ залишався в межах норми, що дозволило утриматись від гемодіалізу. На 3-му тижні хвороби олігоанурична стадія змінилася на поліуричну.

На 5-й день госпіталізації (27.05.2019 р.) з'явилися ознаки дихальної недостатності: тахіпное, ЧД – 38 за 1 хв і вище, SpO₂ – 63 %. Пацієнта було переведено на ШВЛ апаратом Extend, режим P-SIMV, ПДКВ 4 мл H₂O, FiO₂ – 0.7, SpO₂ – 98–100 %. З 30.05.2019 р. ШВЛ продовжувалася через трахеостомічний доступ. Загалом на ШВЛ пацієнт перебував 10 днів. Стан погіршився з приєднанням ознак нозокоміальної пневмонії (гнійна мокрота, дрібнопухирчаті хрипи у нижніх відділах обох легень, нейтрофільний лейкоцитоз в загальному аналізі крові), яка була підтверджена рентгенологічно. З 06.06.2019 р. дихання самостійне, періодично – подача кисню через трахеостому, в режимі CPAP, з 09.05.2019 р. SpO₂ стабільно утримувалася в межах 96–99 % без інсуфляції зволоженого кисню; 12.06.2019 р. трахеостомічна трубка була видалена.

Впродовж усього періоду госпіталізації були наявні ознаки анемії тяжкого ступеня. Результати лабораторного обстеження пацієнта К. в динаміці надані в табл. 1–3.

Таблиця 1. Загальний аналіз крові пацієнта К. в динаміці

Дата	День хвороби	Ер. 10 * 12 в 1 л	Нб 10 * 9 в 1 л	Тр. 10 * 9 в 1 л	Лейк. 10 * 9 в 1 л	Лейкоцитарна формула, %							ШОЕ мм/год
						пал.	сегм.	еоз.	лімф.	мон.	мієломі.	метамієло- цити	
23.05	1-й	4,26	111	74	16,6	43	48	0	4	1	1	3	26
25.05	1-й	3,8	97	71	23,6	56	27	0	4	5	–	8	28
29.05	12-й	2,6	53	177	10,6	10	62	2	18	8	–	–	53
31.05	14-й	3,2	75	320	8,9	5	67	8	17	3	–	–	54
10.06	24-й	2,1	37	598	14,4	7	64	3	16	9	–	1	73
23.06	37-й	2,6	59	359	7,9	1	41	7	40	11	–	–	69

Таблиця 2. Біохімічні показники крові пацієнта К. в динаміці

Дата	День хвороби	АлАТ	АсАТ	Білірубін			Альбумін	Глюкоза	Креатинін	Сечовина	Na ⁺	K ⁺	Cl ⁻
				загальний	прямий	непрямий							
23.05	6-й	131,7	206,8	570	181	289	31,8	4,5	191,4	16,3	132	3,76	100
25.06	8-й	74,3	134,5	808	360	448	27,6	3,5	309,9	31,6	138	3,42	102
29.05	12-й	87,6	56,2	430	213	217	26,3	2,9	721,4	45,5	156	3,82	97
03.06	17-й	43,7	35,9	146	90	56	32,9	5,6	1043,4	62,5	139	4,54	98
10.06	24-й	74,9	52	122	57	65	33,7	5,6	214,8	20,8	137	4,25	107
18.06	32-й	95,8	48,2	111	47	64	37,4	4,8	132	10,9	137	4,6	109

Таблиця 3. Показники паразитемії у пацієнта К. в динаміці

Дата	День госпіталізації	День хвороби	Еритроцити 10*12/л	Нб, г/л	Рівень паразитемії	Мікроскопія тонких мазків крові
23.05	1-й	6-й	4,26	111	+++++	Трофозоїти, шизонти, морули, гамонти <i>Pl. falciparum</i>
24.05	2-й	7-й	3,9	102	+++++	Всі стадії <i>Pl. falciparum</i> , переважають трофозоїти в стадії кільця
25.05	3-й	8-й	3,8	97	++++	
26.05	4-й	9-й	3,0	69	++	
27.05	5-й	10-й	2,9	68	–	
29.05	7-й	12-й	2,6	53	–	
10.06	19-й	24-й	2,1	37	–	
23.06	32-й	37-й	2,6	59	–	

Показники гемограми з перших днів госпіталізації відповідають тяжкому перебігу тропічної малярії: лейкоцитоз із значним зсувом лейкоцитарної формули вліво аж до появи мієлоцитів і метамієлоцитів, тромбоцитопенія, анемія, що прогресує впродовж спостереження на фоні нормалізації кількості лейкоцитів і формули крові, поступове зростання ШОЕ.

Хвороба перебігала із жовтяницею змішаного генезу, помірним підвищенням активності амінотрансфераз, що дозволило діагностувати малярійний гепатит. Серед біохімічних показників, що свідчили про тяжкий перебіг малярії у пацієнта К. – гіпоглікемія, гіпоальбумінемія. Звертають на себе увагу значно підвищені рівні креатиніну і сечовини в розпалі хвороби внаслідок гострого пошкодження нирок.

В мазках крові пацієнта К. при поступленні окрім високого рівня паразитемії та наявності плазмодіїв на різних стадіях еритроцитарної шизогонії, що завжди свідчить

про тяжкий перебіг тропічної малярії, звертає на себе увагу наявність статевих форм збудника – гамонтів, що дало нам підстави вважати вірогідним більш пізній термін хвороби при поступленні, ніж про це свідчила дружина пацієнта, адже відомо, що статеві форми *Pl. falciparum* визначаються в крові не раніше 7-го дня від початку хвороби. Про пізній термін хвороби свідчить також інтенсивність жовтяниці і високий рівень білірубіну крові в 1-шу добу госпіталізації.

На фоні етіотропного лікування паразитемія утримувалася декілька днів, лише з 4–5-ї доби від початку лікування плазмодії в крові не визначались. Проте стан пацієнта залишався критичним ще впродовж тижня. Тільки на 3-му тижні лікування в стаціонарі стан хворого значно покращився. Звертає на себе увагу прогресування анемії навіть після елімінації плазмодіїв з крові на фоні повторних інфузій еритроцитарної маси, що може свідчити про аутоімунну складову гемолізу, а не тільки за рахунок руйнування еритроцитів внаслідок прямої дії паразита. Треба також мати на увазі, що додатковим чинником прогресування анемії при малярії є гіперплазія ретикуло-ендотеліальних елементів селезінки (гіперспленізм). Пацієнту 14.06.2019 р. було призначене додаткове дослідження в клініко-діагностичній лабораторії Київського міського центру крові на наявність неповних антиеритроцитарних та повних теплових антитіл в гелевому тесті ID-Card BioRad DIA Cell I, II, III, власних та донорських еритроцитів. Було отримано негативний результат. Від рекомендації повторити аналіз в динаміці і від подальшого обстеження пацієнт відмовився і 23.06.2019 р., через 35 днів від ймовірного початку хвороби, він був виписаний додому.

Заключний діагноз. Тропічна малярія, вкрай тяжкий перебіг. Церебральна форма. Малярійний алгід. Гостре пошкодження нирок III за AKIN. ГРДС. Нозокоміальна двобічна пневмонія, 4 кл. група ЛН-3. Малярійний гепатит. Гемолітична анемія тяжкого ступеня.

Лікування. Етіотропне: пацієнт отримав артеметер 80 мг двічі на добу в/м у поєднанні з кліндаміцином 600 мг двічі на добу в/в впродовж 6 діб з першої години перебування в клініці інфекційних хвороб.

Наявність рентгенологічно підтвердженої пневмонії була підставою для призначення антибіотикотерапії, яка загалом тривала 14 днів: цефтазидим 500 мг в/в двічі на добу – 4 дні; в подальшому – меронем 1 г тричі на добу в/в в комбінації з авелокс 400 мг 1 раз на добу в/в – впродовж 10 днів. Респіраторна підтримка проводилася в різних режимах кисневої терапії в залежності від ступеня легеневої недостатності. Впродовж 12 діб пацієнт перебував на інвазивній ШВЛ. Важливою складовою відновлення респіраторної функції була повторна бронхоскопія з метою санації трахеї і бронхів. Тяжка анемія була показанням для призначення повторних інфузій еритроцитарної маси. Проводилася також корекція об'єму циркулюючої крові, електролітних і метаболічних розладів. Інфузійна терапія призначалась за рестриктивним типом під контролем центрального венозного тиску і водного балансу.

Таким чином, випадок є унікальним і, в першу чергу, тим, що пацієнт за наявності тяжких ускладнень тропічної малярії, в тому числі малярійної коми із порушенням свідомості впродовж 13 діб – одужав. Адже за обставин пізньої діагностики, коли етіотропне лікування почалося через 6–7 діб від початку хвороби на фоні церебральних проявів малярії, прогноз хвороби є несприятливим. Запобігти фатальним наслідкам тропічної малярії неважко – необхідно якомога раніше поставити діагноз і розпочати протималярійне лікування. Якщо останнє призначається з першого дня хвороби, пацієнт швидко одужує після декількох днів прийому пероральних протималярійних препаратів. Пізно встановленим вважається діагноз тропічної малярії після 3-го дня хвороби, коли навіть найсучасніші ліки і заходи інтенсивної терапії часто нездатні врятувати життя пацієнта.

Висновки. 1. Імпортована тропічна малярія зустрічається в Україні і має серйозний прогноз. 2. Основною причиною тяжких ускладнень імпортованої тропічної малярії є пізній початок етіотропного лікування. 3. Рання діагностика, основним критерієм якої є правильно зібраний епідеміологічний анамнез, є запорукою покращання прогнозу імпортованої тропічної малярії.

Конфлікт інтересів немає.

Список літератури

1. Голубовська О. А., Шкурба А. В., Колос Л. А. Малярія: монографія. – К.: ВСВ «Медицина», 2015. – 288 с.
1. *Golubovs'ka O. A., Shkurba A. V., Kolos L. A. Malyariya: monografiya.* – K.: VSV «Medicina», 2015. – 288 p.
2. Angelo K. M., Libman M., Caumes E. et al. Malaria after international travel: a Geo Sentinel analysis, 2003–2016 // *Malar J.* – 2017. – Vol. 16, N 1. – P. 293–296.
2. *Angelo K. M., Libman M., Caumes E. et al. Malaria after international travel: a Geo Sentinel analysis, 2003–2016 // Malar J.* – 2017. – Vol. 16, N 1. – P. 293–296.
3. *Global technical strategy for malaria 2016–2030.* – <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564991>
4. Hanboonkurnipakarn B., White N. J. The threat of antimalarial drug resistance // *Trop. Dis. Travel. Med. Vaccin.* – 2016. – 2:10.10.1186/s40794-016-0027-8 – DOI – PMC – PubMed
5. Nilles E. J., Arguin P. M. Imported malaria: an update // *Am. J. Emerg. Med.* – 2012. – Vol. 30, N 6. – P. 972–980. – doi: 10.1016/j.ajem.2011.06.016. Epub 2011 Sep 9. PMID: 21908138 Review
6. Lupi E., Hatz C., Schlagenhauf P. The efficacy of repellents against *Aedes*, *Anopheles*, *Culex* and *Ixodes* spp. – a literature review // *Travel. Med. Infect. Dis.* – 2013. – Vol. 11, N 6. – P. 374–411.
7. Lover A. A., Baird J. K., Gosling R., Price R. N. Malaria Elimination: Time to Target All Species // *Am. J. Trop. Med. Hyg.* – 2018. – Vol. 99, N 1. – P. 17–23. – doi: 10.4269/ajtmh.17-0869. Epub 2018 May 10. PMID: 29761762 Free PMC (article. Review).
8. Lanson H., Lissenden N. Insecticide resistance in African *Anopheles* mosquitoes: a worsening situation that needs urgent action to maintain malaria control // *Trends Parasitol.* – 2016. – Vol. 32. – P. 187–196. – DOI 10.1016/j.pt.2015.11.010 – PubMed
9. *World Malaria Report 2020.* – <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015791>

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИМПОРТИРОВАННОЙ ТРОПИЧЕСКОЙ МАЛЯРИИ

О. А. Голубовская, О. А. Гудзенко, А. А. Заплотная, И. В. Шестакова,
А. В. Безродная, О. В. Куценко, А. В. Саблин (Киев)

В статье описан клинический случай тяжёлого течения импортированной тропической маляррии у жителя Киева. Диагноз был поставлен на 6-е сутки заболевания, когда уже проявились признаки церебральной формы болезни. В результате поздней диагностики и несвоевременно начатого лечения у больного развились тяжёлые осложнения: малярийная кома, малярийный алгид, острый респираторный дистресс-синдром, нозокомиальная пневмония, острая почечная недостаточность, малярийный гепатит, тяжёлая гемолитическая анемия. Пациент выздоровел. Признаки анемии прогрессировали после элиминации возбудителя и сохранялись после выписки из стационара.

Ключевые слова: импортированная тропическая маляррия; малярийная кома; малярийный алгид; тяжёлая гемолитическая анемия.

FEATURES OF IMPORTED FALCIPARUM MALARIA

О. А. Golubovska¹, О. А. Gudzenko¹, А. О. Zaplotna¹, I. V. Shestakova¹, О. V. Bezrodna¹,
О. V. Kucenko², А. V. Sablin² (Kyiv, Ukraine)

¹Infectious diseases department of Bogomolets National Medical University;

²Infectious intensive care unit of Olexandryvska hospital

The clinical case of imported falciparum malaria is described in the article. The diagnosis was confirmed on the 6-th day of the disease when cerebral presentations manifested. The course of the disease was severe and it was characterized by serious complications due to late diagnosis and starting of treatment: malaria coma, malaria alhid, acute respiratory distress syndrome, nosocomial pneumonia, acute renal failure, malaria hepatitis, severe hemolytic anemia. The patient recovered. Presentations of severe anemia progressed after plasmodium disappearance in the blood and persisted after discharge of patient from the hospital.

Key words: imported falciparum malaria; malaria coma; malaria alhid; severe hemolytic anemia.