

Винницкая Е.В., Шкурба А.В.

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев, Украина

Малярия. Анализ клинического случая

Малярия последние несколько лет занимает лидирующие позиции в отчетах ВОЗ по заболеваемости и смертности на планете. И хотя более 90% всех случаев малярии попадает на африканский континент, завозные случаи регистрируются в странах по всему миру. Представляем случай тропической малярии, завезенный в Украину.

Пациент П., 52 лет, гражданин Турции доставлен в отделение инфекционной реанимации Александровской клинической больницы города Киева 15.09.2018 в сопоре. На момент госпитализации продуктивному контакту был недоступен. Со слов сопровождающих лиц, болеет 5 дней. Заболевание началось с лихорадки.

Данные рутинного лабораторного исследования:

Общий анализ крови

Дата	Hb (г/л)	Эр. (*10 ¹² /л)	формула								Тр (x10 ⁹ /л)	СОЕ мм/час
			Лейк. (*10 ⁹ /л)	п/я %	с/я, %	э, %	мон, %	лим, %	миело-циты, %	метам., %		
15.09	58	2,32	10,28	18	58	1	3	9	2	8	62	47
16.09	35	0,53	27,05	50	41		5	4	-	-	25	45
16.09	35	1,64	21,9	-	-	-	-	-	-	-	04	-
17.09	52	2,14	23,71	15	64	1	6	7	1	3	57	48
17.09	48	2,02	23,14	-	-	-	-	-	-	-	95	-
18.09	44	1,89	25,02	35	41	0	5	7	5	7	93	55
19.09	75	2,77	27,35	15	56	-	7	14	2	6	90	39
19.09	70	2,63	13,72	-	-	-	-	-	-	-	126	-
20.09	108	3,73	23,12	24	45	2	8	7	8	6	146	29

Биохимический анализ крови

Дата	АЛТ од	АСТ од	Билирубин		Глюкоза ммоль/л	Мочевина ммоль/л	Креатинин ммоль/л	ЩФ	Белок		ГГТП	Амилаза	СК
			общий	прям					Об-щий	Альб.			
15.09	30,7	29,4	38,9	14,2	3,7	17,5	95,3	113	55,2	31,2	22,9	17,9	-
16.09	30,1	70,2	29,7	12,9	7,5	22,3	91	79,4	43	26,1	17,4	22,2	-
17.09	28,1	64,2	24,5	10,6	5/11,2	17,8	82	69,9	43,1	25,6	16,5	25,1	831
18.09	30,3	83,3	25	9,9	9/8/4,8	8,8	69	76,7	46,7	25,6	18,2	37,3	1403
19.09	38,7	96	22,2	-	11,3/4,6/9	4,7	62,5	72,4	48,5	29,7	19,8	-	2114

Коагулограмма	Фибрин	Фибриноген	АВР	ПТИ
15.09	28	7	55	80
16.09	23	5,75	54,4	87,2
17.09	24	6	68	83
18.09	23	5,75	63	88

Электролиты	Калий, ммоль/л	Натрий, ммоль/л	Хлор, ммоль/л
15.09	4,25	137,7	106,9
16.09	3,62	141,7	109,4
17.09	3,68	141,5	110,4
18.09	4,12	138,5	106,1
19.09	4,2	131,6	105,3

Общий анализ мочи									
Дата	УВ	Белок	Эпителий		Эритроциты измененные	Лейкоциты	Соли	Бактерии	Слизь
			Плоск.	Перех.					
16.09	1010	следы	–	окр	10-15	2-3	–	+	+
18.09	1019	0,066	–	3-4	до 50	10-12	–	++	++

Проведены дополнительные исследования:

КТ головного мозга (15.09.18): явления дисциркуляторной энцефалопатии. Рентгенография ОГК (15.09.18): данные бронхита, расширение сердца.

Консультация офтальмолога (15.09.18): Рефлюкс с глазного дна розовый, диски зрительных нервов бледно-розовые, границы четкие, сосуды и артерии сужены, вены резко расширены. А:В = 1:4

Консультация невропатолога (15.09.18): данных в пользу очаговой симптоматики не выявлено.

Группа крови О (I) первая, Rh (-) негативный. HBsAg негативный.

УЗИ ОБП и почек (17.09.18): увеличение печени, многокамерная киста левой доли печени. Выраженные застойные явления в желчном пузыре. Микролиты почек. Увеличение левой почки.

Исследование крови на возбудителя малярии имело следующую динамику:

15.09.18: обнаружено все формы развития возбудителя *P. falciparum*. Паразитемия (+++++).

16.09.18: обнаружены трофозоиты *P. falciparum*. Паразитемия (+++++).

17.09.18: обнаружены все формы развития возбудителя *P. falciparum*. Паразитемия (+++++).

18.09.18: обнаружены кольца, мерозоиты, гамонты *P. falciparum*. Паразитемия (++++).

18.09.18: обнаружено *P. falciparum*, паразитемия (+++)

19.09.18: обнаружено *P. falciparum*, паразитемия (+).

20.09.18: возбудителя малярии не выявлено.

Пациент стартово получал специфическую терапию артемизинином в дозе 80 мг дважды и далацином 600 мг дважды. 17.09 артемизинин заменен на хинина гидрохлорид в дозе 600 мг парентерально трижды, далацин оставлен в прежней дозировке.

На 6 день госпитализации (11 день болезни) выписан в удовлетворительном состоянии с клиническим диагнозом: тропическая малярия (*Pl. falciparum*), церебральная форма, тяжелое течение. Анемия.

При анализе данного случая следует расставить следующие акценты.

При обычном течении тропической малярии в мазках обнаруживаются только кольца, т.к. дальнейшее развитие *P. falciparum* проходит исключительно в капиллярах внутренних органов, чем и обусловлена тяжесть заболевания. Лишь в очень тяжелых случаях в мазке присутствуют все формы паразита – шизонты, морулы с уже выходящим плазмодием из эритроцита, в других мазках у данного пациента были видны и гамонты. Данная микроскопическая картина свидетельствует о том, что все капилляры внутренних органов (прежде всего, головного мозга) уже «забиты» паразитом и его цикл развития переместился на периферию, что является классическим лабораторным признаком комы. При микроскопии толстой капли (не мазка) это соответствует картине «звездного неба».

Клиническая картина тяжелых форм малярии может запаздывать и пациент с лабораторными признаками комы может никак не проявлять своего тяжелого состояния, таким образом «обманывая» доктора своим мнимым благополучием.

Вышеописанные необратимые изменения, которые наступают очень быстро, скорость иногда исчисляется минутами, у изначально нетяжелых больных, а также возрастающая резистентность малярийного плазмодия к противомаларийным препаратам, диктуют необходимость начинать стартовую терапию при среднетяжелом, затяжном или тяжелом течении (даже без церебральной комы) с препаратов артезуната или хинина гидрохлорида парентерально.

Голубовская О.А.¹, Гудзенко О.А.¹, Шестакова И.В.¹, Гайнудинова Т.Э.², Градобик А.А.², Бебешко Ю.С.²

¹ Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев, Украина

² Александровская клиническая больница, Киев, Украина

Особенности хантавирусной инфекции в Украине

Хантавирусная инфекция – широко распространенный зооноз вирусной этиологии, резервуаром которого являются, преимущественно, мышевидные грызуны семейства Muridae. В отличие от других вирусов семейства Bunyaviridae хантавирусы не передаются трансмиссивным механизмом передачи. Заражение человека осуществляется аэрогенным путем, при вдыхании пыли, содержащей экскременты инфицированных грызунов, реже – алиментарно, при употреблении контаминированных выделениями грызунов воды или пищевых продуктов, при контакте слизистых оболочек или поврежденной кожи с инфицированной средой или тканями животных. Заболеваемость регистрируется по всему миру и в совокупности, по разным информационным источникам, составляет от 100 000 до 200 000 случаев в год. У человека хантавирусная болезнь может протекать в виде 2-х основных клинических форм: ГЛПС, которая преимущественно распространена в Восточном полушарии, включая Европейский регион, страны Азии, Ближнего Востока, и кардиопульмонарный хантавирусный синдром, который встречается на Американском континенте. Летальность при ГЛПС составляет 10–15%, при кардиопульмональном синдроме – от 30 до 50%. В отдельную клиническую форму выделяют эпидемическую нефропатию, или Скандинавский тип ГЛПС, возбудителем которой является хантавирус Puumala. В отличие от других форм хантавирусной инфекции эпидемическая нефропатия протекает исключительно доброкачественно, не сопровождается геморрагическим синдромом, имеет благоприятный прогноз, регистрируется преимущественно в Финляндии, Скандинавских странах, в восточной России, на Балканах и во многих других регионах Восточной Европы.

В Украине хантавирусная инфекция регистрируется в виде спорадических случаев с преимущественно доброкачественным течением, но, очевидно, реальная заболеваемость значительно выше и не учитывается официальной статистикой в связи с недостаточным обеспечением лабораторий тест-системами для верификации диагноза.

В клинике инфекционных болезней НМУ имени А.А. Богомольца на базе Александровской городской клинической больницы в течение 2016–2018 гг. мы наблюдали 7 случаев хантавирусной инфекции. Все пациенты – жители Украины (6 – из Киева или Киевской области, один приехал из Кривого Рога). Возраст пациентов – от 27 до 44 лет. Среди заболевших было 5 мужчин и 2 женщины. Большинство пациентов заразились на территории Украины (г. Киев – 3, Киевской область – 1, Волынская обл. – 1, г. Кривой Рог – 1). Лишь в одном случае был констатирован завозной случай хантавирусной инфекции (в течение 6 недель перед заболеванием пациент путешествовал в лесистой местности Индонезии и в Таиланде). Заболевание возникло в период, типичный для сезонного подъема заболеваемости (конец апреля – май – 3 пациента,