

А.Т. Чернов

ИЗМЕНЕНИЯ РОСТОВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ
КРЫС РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ
ГИПЕРГРАВИТАЦИИ, НИВЕЛИРУЕМОЙ ФИЗИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЗАЩИТЫ 54

О.А.Шерстюк, Н.Л.Небаба, Т.Ф. Дейнега, Л.О.Тихонова, В.А.Рогуля
МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНЕ ЗНАЧЕННЯ ЛАНОК ГЕМОМІКРОЦИРКУ-
ЛЯТОРНОГО РУСЛА СПРАЛЕПОДІБНОЇ, V-ПОДІБНОЇ ТА 64
ШПИЛЬКОПОДІБНОЇ ФОРМИ

Б.В.Шутка, В.М.Іваночко, О.Я. Жураківська, О.Г.Попадинець
ЗАКОНОМІРНОСТІ МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПРОЯВІВ У КРОВОНОСНИХ
СУДИНАХ, ЛАНКАХ ГМЦР І СТРУКТУРНИХ ЕЛЕМЕНТАХ ДЕЯКИХ ОРГАНІВ З
РІЗНОЮ ФУНКЦІЄЮ ПРИ ДІЇ ХОЛОДОВОГО ФАКТОРА 70

КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА

В.В.Бойко, В.А.Мороз
РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ РЕГРЕССИИ ОПУХОЛИ В ПРОЦЕССЕ ЛУЧЕВОЙ
ТЕРАПИИ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО ДАННЫМИ ЛУЧЕВЫХ 75
МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ

К.Ю.Деміна
КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОКОВЫХ КИСТ ШЕИ
ЛИМФОЭПИТЕЛИАЛЬНОГО ГЕНЕЗА 80

Е.А.Калюжка
СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ НА ПЕРВОМ ГОДУ
ЖИЗНИ ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, КОТОРЫЕ РОДИЛИСЬ С
КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ В МОЗГ БЕЗ АСФИКСИИ 87

Т.А. Крючко, И.Н.Несина, Абд Еллал Мохаммед
ОСОБЕННОСТИ ПРОДУКЦИИ ИНТЕРФЕРОНОВ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ
ГЕПАТИТАМИ В И С 92

Нхал Мухамед
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ
У ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ 98

Пікуль К.В., Прилуцький К.Ю.
ФОРМУВАННЯ ПОРУШЕНЬ У ЗДОРОВ'І ДІТЕЙ, ЩО МЕШКАЮТЬ НА
ТЕРИТОРІЇ З НАДЛИШКОМ НІТРАТІВ 105

Т.В.Семенова, Л.И.Хламанова, И.В.Жук, В.В.Пирогова
ИЗМЕНЕНИЕ ИММУННЫХ СТРУКТУР И ЛИМФАТИЧЕСКОГО РУСЛА
ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ПРИ ПНЕВМОКОНИОЗЕ 111

А.В.Чорнобай, В.К.Югов
ЗАСТОСУВАННЯ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ ПРИ ВИЗНАЧЕНІ
ЕФЕКТИВНОСТІ ХЕМОПРОМЕНЕВОГО ЛІКУВАННЯ МІСЦЕВО ПОШИРЕНОГО 116
РАКУ ШИЙКИ МАТКИ

ВИПАДОК З ПРАКТИКИ

**В.П. Малый, А.А. Швайченко, Н.Д. Чемич, Г.М. Дубинская, Т.А. Шандер, А.О.
Сницарь**
ЗАВОЗНАЯ ТРОПИЧЕСКАЯ МАЛЯРИЯ В УКРАИНЕ: ПРОБЛЕМЫ
ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ 123

**В.П. Малий, Г.М. Дубинська, Н.Д. Чемич, А.А. Швайченко,
Л.Л. Войтенко, И.А. Троцька**
ТРИДЕННА МАЛЯРІЯ – МОЖЛИВІСТЬ ФОРМУВАННЯ ЕНДЕМІЧНИХ
ВОГНИЩ В УКРАЇНІ 129

ВИПАДОК З ПРАКТИКИ

УДК 616.936-07-085

ЗАВОЗНАЯ ТРОПИЧЕСКАЯ МАЛЯРИЯ В УКРАИНЕ: ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ

В.П. Малый, А.А. Швайченко, Н.Д. Чемич, Г.М. Дубинская, Т.А. Шандер,
А.О. Сницарь

Харьковская медицинская академия последипломного образования
Украинская медицинская стоматологическая академия, г.Полтава
Сумской государственный университет

Малярия – трансмиссивная антропонозная протозойная инфекция, вызываемая плазмодиями, клинически проявляющаяся лихорадкой неправильного типа вначале болезни и ее приступами в более позднем периоде, чередующейся с апирексией, а также анемией, увеличением печени, селезенки, частым носительством возбудителя, рецидивами и развитием типоспецифического иммунитета. На сегодняшний день малярия является одним из наиболее тяжелых инфекционных заболеваний, 500 млн. случаев этой инфекции регистрируется ежегодно. От малярии ежегодно, по существующим оценкам, умирает 1,5 млн. человек, преимущественно на Африканском континенте к югу от Сахары. В естественных условиях у человека вызывают малярию плазмодии четырех видов (*Plasmodium vivax*, *P. falciparum*, *P. malariae*, *P. ovale*), передающихся комарами рода *Anopheles*. Соответственно виду плазмодиев различают и четыре клинические формы малярии: трехдневную, четырехдневную, тропическую и овале-малярию. Восприимчивость к малярии у лиц, не перенесших это заболевание, равна практически 100%.

Хотя доля малярии невелика в общей структуре инфекционной заболеваемости, летальность от нее занимает одно из ведущих мест в общей инфекционной патологии. Это обусловлено запоздалой распознаваемостью болезни, диагностическими ошибками, несвоевременностью терапии или тактически неправильным лечением, не проводившейся или незавершенной индивидуальной химиопрофилактикой. Ситуация в настоящее время складывается таким образом, что врачи редко встречаются с этим заболеванием, утратили эпидемиологическую настороженность, недостаточно знакомы с его клиническими проявлениями. Наибольшую опасность для здоровья представляет тропическая малярия, которая в большинстве случаев протекает тяжело, с частыми осложнениями и может закончиться летальным исходом. Следует отметить, что она является причиной смерти в 98% всех летальных исходов при малярии. В настоящее время тропическая малярия составляет около 50% всей заболеваемости малярией в мире. Поэтому

В ОРІТ 5-6.12. проводилась терапія: інфузійна в об'ємі 1600 мл, пеницилін по 1 000 000 од. 6 раз в сутки, гентамицин по 80 мг 3 раз в сутки внутрим'язно, преднізолон 30 мг внутрішньо, гепарин по 5000 од. 4 раз в сутки, сульфокамфокаїн 2,0 мл, дофамін.

Додатково к анамнезу в'яснено, що в листопаді 2002 г. хворий знаходився в командировці в Гвінеї, звідки прибув дві тижні тому назад. Цей регіон, як відомо, є ендемічним по малярії.

На 9.12. шкірні покриви бліді, склери субіктеричні, в області передплеч'їв, ягодиць (в місцях ін'єкцій) з'явилися кровоизливання в шкіру. Гемодинаміка з тенденцією к гіпотонії. Печінка виступає з-під краю реберної дуги на 3 см, безболізна. Пальпується край селезінки, безболізна.

Учитывая дані епіанамнезу, клінічні прояви, дані мікроскопії (в товстій каплі виявлено *P. falciparum*), важке загальне стан, встановлено діагноз: тропічна малярія, важке перебіг, завозна. Супутуюче захворювання: правостороння нижньодіафрагмальна пневмонія. Було розпочато етіотропна терапія хініном сульфатом по 0,65 г 3 раз в сутки всередину, доксицикліном по 0,2 г один раз в сутки; продовжилась інфузійно-дезінтоксикаційна терапія; есенціалє, пірацетам.

В аналізі крові від 9.12.: Нв-95 г/л, еритроц.- $2,62 \times 10^{12}$ /л, ЦП-1,0, лейкоц.- $9,2 \times 10^9$ /л, СОЕ-22 мм/год, тромбоцити- $72,8 \times 10^9$ /л.

В товстій каплі виявлено малярійний плазмодій *P. falciparum*, ступінь паразитемії - 6716 в 1 мкл, густина паразитемії ++++.

10.12. консультирован профессором, заведующим кафедрой инфекционных болезней Малым В.П., который подтвердил правильность установленного диагноза. Были даны рекомендации: при неэффективности проводимой этиотропной терапии целесообразно больному провести комбинированную терапию хинином с фансидаром.

С 11.12 получал указанную терапию.

В товстій каплі повторно виявлені малярійні плазмосиди, ступінь паразитемії - 11400 в 1 мкл, густина паразитемії ++++.

11.12. в аналізі крові: Нв-64 г/л, еритроц.- $2,32 \times 10^{12}$ /л, ЦП-0,85, лейкоц.- $4,8 \times 10^9$ /л, СОЕ-62 мм/год., тромбоцити - 65×10^9 /л.

Перелито 700 мл одної групи крові А(II) Rh -.

С 14.12. самопочування хворого стало покращуватися: нормалізувалась температура тіла, зменшилась густина паразитемії і 25.12 хворий був виписаний в задовільному стані.

Перед випискою в товстій каплі були виявлені гаметоцити *P. falciparum*, ступінь паразитемії - 80 в 1 мкл., густина паразитемії ++.

Таким чином, хворий переніс тропічну малярію, важке перебіг, завозну, ускладнену інфекційно-токсическим шоком, ДВС-синдромом, анемією. Супутуюче захворювання: лівостороння бронхопневмонія.

Переохолодження напередодні захворювання, ймовірно, могло виступати фактором в розвитку клініки малярії. Лікування делатом оказалось неэффективным. Терапія хініном з доксицикліном, к сожалению,

также не привела к купированию малярии. К 3 дню лечения степень паразитемии повысилась почти в два раза, температура тела сохранялась выше 38°C , общее состояние оставалось тяжелым. В связи с этим к проводимой терапии на 4-ый день лечения был добавлен фансидар, что способствовало снижению уровня паразитемии, но общее состояние оставалось по-прежнему тяжелым. В связи с этим хинин, доксициклин и фансидар были отменены, больной получил лариам в дозе 1,5 г однократно. Уже на следующий день состояние больного улучшилось. Развитие анемии, потребовало переливания одногруппной крови. Тяжесть течения тропической малярии определялась также сопутствующей пневмонией.

Представляет интерес и следующий случай из практики.

Больной М., 43 лет, поступил 27.03.2000 г. на третий день болезни в середине дня в инфекционное отделение ЦРБ с жалобами на озноб, выраженную общую слабость, повышение температуры тела до $39,7^{\circ}\text{C}$.

Болеет с вечера 25.03, когда начали беспокоить головная боль, ознобы, общая слабость. Температура тела повышалась до $39,5^{\circ}\text{C}$. После приема жаропонижающих снижение температуры сопровождалось обильным потоотделением. 27.03. обратился к врачу-инфекционисту поликлиники, которым и был направлен на стационарное лечение с диагнозом: лихорадка неясного генеза, малярия?

Из эпиданамнеза было установлено, что больной с 3.03. по 12.03. находился в командировке в г. Антананариву (о. Мадагаскар), с 12.03. по 13.03. в г. Танга (Танзания). В Украину возвратился 16.03. Химиопрофилактика малярии не проводилась.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы без сыпи. Склеры – субиктеричны. Видимые слизистые розовые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Частота дыханий 22 в мин. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. АД 110/70 мм рт.ст. Пульс 120 уд. в мин., удовлетворительных качеств. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул, мочеиспускание в норме.

В анализе крови в толстой капле были обнаружены “кольца” *P.falciparum*, степень паразитемии – 5000 в 1 мкл, плотность паразитемии ++++.

Выставлен диагноз: первичная тропическая малярия, завозная.

Назначено лечение: делагил по схеме; инфузионная терапия (глюкоза 5% - 400 мл с инсулином 4 ед. и аскорбиновой кислотой 5% - 5,0 мл, раствор хлорида натрия 0,9% - 200 мл, неогемодез – 200 мл, реополиглюкин – 200,0); анальгин 50%-2,0 мл с димедролом 1% - 1,0 мл внутримышечно, рибоксин по 1 табл. 3 раза в сутки, поливитамины.

На следующий день к вечеру состояние больного ухудшилось, резко повысилась температура тела, отмечались выраженная общая слабость, чувство жара, сильная головная боль. Общее состояние пациента расценивалось как тяжелое. Склеры субиктеричны. Температура тела $40,5^{\circ}\text{C}$. Тоны сердца

приглушены. АД 90/70 мм рт.ст. Пульс 110 уд. в мин. Печень на 1,0 см выступает из-под края реберной дуги. Пальпируется край селезенки.

Анализ крови: Нв-96 г/л, эритро.- $2,9 \times 10^{12}$ /л, лейко.- $12,0 \times 10^9$ /л, пал.-21%, сегм.-58%, лимф.-18%, мон.-2%, эоз.-1%, СОЭ-18 мм/час.

В толстой капле – “кольца” *P. falciparum*, степень паразитемии - 32000 в 1 мкл.

Развился инфекционно-токсический шок II ст. (индекс Алговера-Грубера 1,2), больной был переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии. В связи с утяжелением общего состояния и нарастанием степени паразитемии делагил был отменен.

В ОРИТ проводилась противошоковая, дезинтоксикационная терапия, учитывая отсутствие препаратов хинина и мефлохина больного, начато лечение метакельфином (сульфален с пириметамином) однократно и доксициклином (200 мг 1 раз в сутки). Но состояние пациента оставалось прежним.

Поздно вечером из Киева доставлен хинин дигидрохлорид, который больной стал получать внутривенно капельно в дозе 1400 мг в сутки на 5% растворе глюкозы.

С 29.03. добавлен лариам 3 таблетки в сутки однократно и доксициклин по 0,2 г в сутки, после чего состояние стало улучшаться, а с 4.04. малярийный плазмодий не выявлялся.

Но 9.04. (на 16-ый день болезни и 5-ый день апирексии) у больного вновь появились нарастающая общая слабость, головная боль, озноб, сменяющийся чувством жара, температура тела повысилась до $39,0^{\circ}\text{C}$. В толстой капле вновь были обнаружены “кольца” *P. falciparum*, степень паразитемии – 72 в 1 мкл. Диагностирован ранний рецидив тропической малярии. Было решено возобновить внутривенную инфузию хинина дигидрохлорида (30 мг/кг в сутки) в комбинации с лариамом в дозе 1,5 г в сутки, а также патогенетическую и симптоматическую терапию.

Через двое суток проведения противомаларийной терапии в толстой капле “кольца” *P. falciparum* обнаруживались в количестве – 896 в 1 мкл. Только через 3-е суток (на 4-ый день рецидива) больной отмечает улучшение самочувствия, температура нормализовалась, гемодинамика стабильная. В толстой капле единичные “кольца” *P. falciparum*. Больной был переведен на пероральный прием хинина сульфата.

14.04. малярийные плазмодии в толстой капле не обнаруживались.

19.04., на 26-ой день болезни, больной был выписан из стационара в удовлетворительном состоянии.

В данном случае тропическая малярия также характеризовалась тяжелым течением, выраженными симптомами интоксикации, анемией, ангиопатией, гепатолиенальным синдромом. Отмечались отсутствие эффекта от делагила, медленный терапевтический эффект от комбинированной терапии хинином дигидрохлоридом с лариамом, затянувшаяся паразитемия, побочное действие хинина, развитие раннего рецидива с более низкой степенью паразитемии и отсутствие быстрого положительного эффекта от повторного лечения хинином с лариамом.

Заклучение

Таким образом, тропическая малярия – инфекция с тяжелым течением, представляющая большую проблему в плане диагностики и терапии. Клинически она может протекать с осложнениями – инфекционно-токсическим шоком, ДВС-синдромом, анемией. По данным литературы и нашим наблюдениям терапия делагиллом и метакельфином неэффективна. Лечение хинином в связи с довольно медленной положительной динамикой, продолжительной паразитемией требует комбинации с лариамом и назначением препаратов китайской полыни. Современная терапия тропической малярии – трудная и ответственная задача, судя по нашему опыту работы в Республике Афганистан (В.П. Малый). Она очень часто требует проведения неотложных мероприятий.

Литература

1. Лобан К.М., Полозок Е.С. Малярия. – М.: Медицина, 1995 – 224 с.
2. Сергиев В.П., Артемьев М.М., Баранова А.М. Руководство по эпидемиологическому надзору за малярией в Российской Федерации. Москва, 2000. – 120 с.

Реферати

ЗАВОЗНА ТРОПІЧНА МАЛЯРІЯ В УКРАЇНІ: ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ І ТЕРАПІЇ

В.П. Малий, А.А. Швайченко, Н.Д. Чемич, Г.М. Дубинська, Т.А. Шандер, А.О. Сницарь

Тропічна малярія – інфекція з важким перебігом, яка являє собою велику проблему в плані діагностики і терапії. За даними літератури і нашим спостереженням терапія делагиллом и метакельфіном неефективна. Лікування хініном в зв'язку з досить повільною позитивною динамікою, тривалою паразитемією потребує комбінації с ларіамом и призначенням препаратів китайського полину.

Ключові слова: тропічна малярія, епідеміологічний аналіз, терапія.

TRANSFERED TROPICAL MALARIA IN UKRAINE: DIAGNOSTICAL PROBLEMS AND THERAPY

V.P. Mali, N.D. Chemich, A.A. Shaychenko, G.M.Dubinskaya, T.A. Shander, A.O. Snicar

2 incidences are indicated in practical of transfered tropical malaria, detailed clinical – epidemiological analysis of duration and treatment of the disease with complications – infection – tokcical shoke, RVV – syndrome, anemia. Combinational ways of therapy are carried out in absence of effects from the given traditional treatment.

Key words: tropical malaria, epidemiological analysis, treatment.