

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.Роголя МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНЕ ЗНАЧЕННЯ ЛАНОК ГЕМОМІКРОЦИРКУ- ЛЯТОРНОГО РУСЛА СПІРАЛЕПОДІБНОЇ, V-ПОДІБНОЇ ТА ШПИЛЬКОПОДІБНОЇ ФОРМИ	64
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 МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ	75
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 Елал 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'Ї 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 РАКУ ШИЙКИ МАТКИ	116
ВИПАДОК З ПРАКТИКИ	
В.П. Малий, 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

ТРИДЕННА МАЛЯРІЯ – МОЖЛИВІСТЬ ФОРМУВАННЯ ЕНДЕМІЧНИХ ВОГНИЩ В УКРАЇНІ

**В.П. Малий, Г.М. Дубинська, Н.Д. Чемич, А.А. Швайченко,
Л.Л. Войтенко, И.А. Троцька**

Харківська медична академія післядипломної освіти
Українська медична стоматологічна академія, м.Полтава
Сумський державний університет

Малярія – трансмісивна антропонозна протозойна інфекція, викликана плазмодіями чотирьох видів (*Plasmodium vivax*, *P. malariae*, *P. falciparum*, *P. ovale*), що передаються комарами роду *Anopheles*, і клінічно характеризується лихоманкою неправильного типу на початку захворювання і її нападів у більш пізньому періоді хвороби, що чергується з апірексією, а також збільшенням печінки, селезінки, анемією, тромбоцитопенією, частим носійством збудника, рецидивами і розвитком типоспецифічного імунітету.

На сьогоднішній день малярія являється одним з найбільш важких інфекційних захворювань. Щорічно ця інфекція реєструється в 200-400 млн. осіб у всьому світі. За існуючими оцінками від неї вмирають 1,5 млн. хворих щорічно, переважно на Африканському континенті, у регіоні на південь від Сахари.

Наші вітчизняні лікарі відносять малярію до екзотичних хвороб, що не зустрічається в Україні, за винятком завезених випадків. Тому, при виникненні лихоманки (лихоманки неясного генезу) у пацієнтів, що постійно проживають в Україні, дослідження крові на плазмодії малярії проводиться, як правило, в останню чергу, або взагалі не проводиться. Про це свідчать наші спостереження. Однак ще до 50-х років ХХ століття більшість країн світу, включаючи Радянський Союз, відносилася до ендемічних по малярії (К.М. Лобань, Е.С. Полозок, 1983). Донедавна, згідно даних ВООЗ, місцеві випадки малярії реєструвалися в 102 країнах світу, у тому числі й у СРСР. Але дані ВООЗ відображають лише ті випадки малярії, що були підтверджені лабораторно (тобто не враховані клінічні форми і хронічні носії). Ці цифри значно нижче (реальних показників) захворюваності для більшості ендемічних по малярії регіонів. Навколо України утворилося кільце країн, ендемічних по малярії *vivax*: Болгарія, Туреччина, Росія й ін. Це зробило малярію *vivax* надзвичайно актуальною для України, тим більше що вже давним-давно не проводяться активні протималярійні заходи, а 46,7% водоймищ у нашій країні є анафілогенними (Ж.І. Возіанова, А.В. Шкурба, 2000). З'явилася можливість у зв'язку з цим формування малярійних вогнищ у тих місцевостях, де вона раніше не зустрічалася. Є відомості про реєстрації вже місцевих випадків малярії у жителів України, поява інфікованих комарів (Ж.І. Возіанова, 2001). Про це свідчать також дані (М.В. Махнев, 2003) про виявлення нового активного вогнища триденної малярії в Підмосков'ї (20-25 км південніше Москви). У

наших спостереженнях також були зареєстровані 2 випадки триденної малярії, інфікування хворих саме і відбулося в Підмосков'ї, у зазначеному вогнищі, що сформувалося.

Хворий К., 44 р., житель м. Суми, надійшов в обласну клінічну інфекційну лікарню 16.09.03. на 19-й день хвороби з попереднім діагнозом: «Малярія?».

При надходженні пред'являв скарги на помірну загальну слабкість, головний біль, ломоту в спині, кінцівках, напади лихоманки з ознобом, наступним почуттям жару, що змінюється пітливістю.

З анамнезу стало відомо, що захворювання почалося 28.08., коли вперше з'явився озноб, що змінювався жаром з наступним потовиділенням, головний біль, різка загальна слабкість, болі і ломота в спині, кінцівках. Приступи лихоманки повторювалися майже щодня. Температуру тіла не вимірював. Лікувався аскофеном. Уперше виміряв температуру тіла 14.09. (на 17-й день хвороби) – вона була 39,8°C. За період хвороби втратив у вазі близько 8 кг. За медичною допомогою вперше звернувся 16.09. і був госпіталізований з підозрою на малярію.

Згідно даних епіданамнезу хворий з 27.07. по 12.09. знаходився в Підмосков'ї (район Одинцово) на сезонних роботах, де проживав у вагончику на 10 чоловік. Відзначав наявність комарів, на тілі були множинні сліди їхніх укусів. До захворювання в країні, ендемічні по малярії, не виїжджав. Гемотрансфузій, препаратів крові не одержував. У родича, з яким проживав разом, також відзначалися аналогічні симптоми захворювання. В даний момент він також знаходиться на лікуванні з приводу малярії.

Анамнез життя: з перенесених раніше захворювань відзначає рідкі простудні захворювання. Алергологічний та спадковий анамнез не обтяжені.

Об'єктивно при госпіталізації: стан середнього ступеня тяжкості, астеничний. Шкіра без висипання, її тургор збережений. Помірна гіперемія слизової ротоглотки; периферичні лімфовузли не збільшені. Пульс 68 ударів у хв.; артеріальний тиск 115/70 мм рт.ст. Тони серця приглушені, ритмічні. Вислухується систолічний шум на верхівці й у точці Боткіна. Число дихальних рухів 18 у хв., при аускультатії в легенях – везикулярне дихання. Язик сухуватий, обкладений білим нальотом. Живіт м'який, чутливий при глибокій пальпації в правому підребер'ї. Печінка +1,5 см, дещо болісна при пальпації, еластичної консистенції, край її заокруглений. Позитивний симптом Ортнера. Пальпується край селезінки, еластичний, безболісний. З боку нервової системи відхилень не виявлено. Симптом постукування негативний по обидва боки. Фізіологічні відправлення не порушені.

При дослідженні крові на малярію в мазках виявлені *P. vivax*.

З огляду на наявність скарг, дані епіданамнезу (прибув з Підмосков'я, де зареєстровані випадки місцевої малярії), а також наявність ще одного випадку захворювання малярією, об'єктивного огляду: наявність пропасних нападів з характерною тріадою (озноб – жар – піт), гепатолієнальний і астеничний синдроми, динаміку перебігу хвороби, лабораторних даних (виявлення в мазках крові *P. vivax*) був встановлений остаточний діагноз: первинна триденна

малярія, середнього ступеня тяжкості, неускладнена, гострі пароксизми, завізна.

Хворому проводилося лікування: делагіл 1,0 г, через 6 годин – 0,5 г; у наступні 2 дні – по 0,5 г у добу (всього 2,5 г на курс); примахін після закінчення курсу делагіла – по 0,09 г 3 рази в добу протягом 14 днів; інфузійна терапія – реополіглокін, глюкоза 5%, рибоксин, есенціале в/в .

Через 5 годин після госпіталізації в стаціонарі на фоні терапії делагілом розвився типовий малярійний пароксизм з ознобом ($t=39,6^{\circ}\text{C}$), з наступним жаром а потім і потом. Надалі підвищення температури тіла не було, вона повільно нормалізувалася до виписки зі стаціонару. З моменту початку лікування делагілом температура тіла підвищеною зберігалася протягом 2 днів.

Лабораторні дані: клінічний аналіз крові від 16.09.: Нв – 111 г/л, еритро. – $4,17 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гематокрит – 0,36, тромбоцити – $171 \cdot 109/\text{л}$, лейкоц. – $10,7 \cdot 109/\text{л}$, пал. – 15%, сегм. – 43%, лімф. – 23%, мон. – 19%, ШОЕ – 35 мм/год; виявлені *Pf. vivax*.

Клінічний аналіз крові від 03.10. (перед випискою): Нв – 99 г/л, еритро. – $2,65 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гематокрит – 0,30, тромбоцити – $260 \cdot 109/\text{л}$, лейкоц. – $7,3 \cdot 109/\text{л}$, пал. – 4%, сегм. – 56%, еоз. – 3%, лімф. – 30%, мон. – 7%, ШОЕ – 5 мм/год; малярійні плазмодії не виявлені.

Клінічний аналіз сечі, копрограма без особливостей.

Біохімічні дослідження крові від 17.09.: білірубін – 24 мкмоль/л (прямої – 3,2), АЛТ, АСТ, цукор – у нормі, лужна фосфатаза, сечовина, креатинин також у межах норми, загальний білок – 59 г/л, ЛДГ – 794 од/л (N – до 420), γ -глутамілтрансфераза – 85 од/л (N – до 50); від 23.09. – білірубін загальний – 30 мкмоль/л, загальний білок – 61 г/л. На УЗД від 20.09. – виявлений гепатолієнальний синдром.

Хворий виписаний 06.10. з видужанням у задовільному стані, при відсутності скарг. Провів у стаціонарі 20 ліжко-днів.

Через 8 місяців у хворого розвився пізній рецидив триденної малярії, із приводу якої був повторно госпіталізований 11.06. При надходженні пред'являв скарги на загальну слабкість, головний біль, потемніння сечі, підвищення температури тіла до 37°C . При об'єктивному обстеженні: стан середнього ступеня тяжкості, відзначаються субіктеричність і ін'єкція судин склер. Периферичні лімфовузли не збільшені. Пульс 112 ударів у хв., АТ 180/110 мм рт.ст., тони серця ритмічні, звучні. У легенях при аускультатії жорстке дихання, при перкусії – над легенями ясний легеневої звук. Язик сухуватий, помірно обкладений білим нальотом. Живіт при пальпації м'який, безболісний. Печінка виступає на 3 см з-під краю реберної дуги.

З огляду на вказівки на перенесену в серпні 2003 р. триденну малярію з виявленням *P. vivax*, характерні скарги, дані огляду, динаміку перебігу хвороби, наявність епіданамнезу (у 2003 р. двічі виїжджав у Підмосков'я, де знаходився тривалий час), а також повторне виявлення *P. vivax* у період нової пропасної хвилі встановлений діагноз: триденна малярія, пізній рецидив середнього ступеня тяжкості.

Призначено лікування: далагін, а потім примахін усередину в попередніх дозах за схемою; дезінтоксикаційна терапія (реополіглюкін 200,0, глюкоза 5% – 400,0, фуросемід 2,0 мол); симптоматичні засоби (жарознижуючі, вітамінотерапія, гіпотензивні). Приймав також еуфілін 2,4% – 5,0 мол і фуросемід 20 мг у добу. У процесі лікування температура тіла нормалізувалася, продовжувалася одну добу (до лікування максимально підвищувалася до 40°C протягом 3 діб), стан покращився.

Лабораторні дані: клінічний аналіз крові від 12.06. (при надходженні): Нб – 111 г/л, еритроц. – $3,3 \cdot 10^{12}$ /л, гематокрит – 0,34, тромбоцити – $82 \cdot 10^9$ /л, лейкоц. – $3,6 \cdot 10^9$ /л, пал. – 6%, сегм. – 29%, еоз. – 2%, лімф. – 41%, мон. – 22%, ШОЕ – 18 мм/год; виявлені *P. vivax*, ступінь паразитенемії (+++); від 17.06.: Нб – 127 г/л, еритроц. – $3,57 \cdot 10^{12}$ /л, гематокрит – 0,37, тромбоцити – $276 \cdot 10^9$ /л, лейкоц. – $6,0 \cdot 10^9$ /л, пал. – 6%, сегм. – 46,5%, еоз. – 0,5%, лімф. – 42,5%, мон. – 4%, ШОЕ – 15 мм/год..

Біохімічні дослідження крові від 11.06.: білірубін – 23 мкмоль/л (прямий – 5,0), активність трансаміназ у нормі, ЛФ – 117 од.

30.06. у задовільному стані при відсутності малярійних плазмодіїв у крові хворої був виписаний зі стаціонару.

Другий випадок.

Хворий Г., 29 років, житель Полтавської області, госпіталізований в обласну інфекційну клінічну лікарню 11.09.03 на 14-й день хвороби переведенням із ЦРЛ.

При надходженні в ЦРЛ пред'являв скарги на сильну загальну слабкість, періодичні озноби, підвищення температури тіла до 40,3°C, біль в суглобах.

З анамнезу хвороби було встановлено, що хворіє з 29.08., коли з'явилися перераховані вище скарги. За медичною допомогою звернувся тільки 08.09. (на 11-й день хвороби). Терапевт поліклініки при обстеженні виявив анемію за даними клінічного аналізу крові: Нб – 88 г/л, еритроц. – $2,8 \cdot 10^{12}$ /л, кол. показник – 0,98, тромбоцити – $190 \cdot 10^9$ /л, лейкоц. – $4,6 \cdot 10^9$ /л, пал. – 4%, сегм. – 38%, еоз. – 7%, лімф. – 52%, мон. – 4%, ШОЕ – 6 мм/год. На УЗД від 08.09. було виявлене збільшення печінки і селезінки. У зв'язку з зазначеними скаргами при спільному огляді гематологом, інфекціоністом, терапевтом, були запідозрені патологія з боку системи кровотворення, онкопроцес. Проводилася диференціальна діагностика між гострим лейкозом і лімфогранулематозом.

Хворому була проведена стерильна пункція. При вивченні мазків стерильного пунктата були виявлені малярійні плазмодії (*P. vivax*), у зв'язку з чим хворий і був переведений в обласну лікарню для подальшого лікування. У стаціонарі додатково було встановлено, що захворювання почалося гостро, з'явилися озноб, жар, болі в поперековій ділянці. Температуру тіла не вимірював. Після ознобу було блювання і рясне потовиділення. Напади лихоманки повторювалися через день. За медичною допомогою не звертався, у цей період знаходився в Підмосков'ї і тільки, як відзначалося вище, після повернення за місцем проживання самостійно звернувся в ЦРЛ, де після обстеження була діагностована триденна малярія.

У Підмосков'ї знаходився з 24.07. по 06.09.03., проживав у вагончику, багаторазово піддавався укусам комарів.

При надходженні в стаціонар пред'являв скарги на слабкість, головний біль, підйоми температури тіла до 40,6°C. При об'єктивному обстеженні була виявлена жовтушність шкіри і склер. Лімфовузли збільшеними не були. Пульс 84 у хв. задовільних якостей. АТ 90/55 мм рт.ст. У легенях патології не виявлено. Язик обкладений білим нальотом, вологий. Печінка +4 см, виступає з-під краю реберної дуги, безболісна. Селезінка +3 см, виступає з підбер'я, безболісна.

На підставі скарг і клінічних проявів: виражена загальна слабкість, підвищення температури тіла до 40,3°C, що супроводжується ознобом, почуттям жару, профузним потовиділенням після її падіння, блювання, болі в попереку, жовтушність шкіри і склер, гепатоспленомегалія, результатів лабораторного обстеження (анемія, зниження вмісту гемоглобіну), а також виявлення в мазках крові і стернального пунктата малярійного плазмодія (*P. vivax*) встановлений діагноз: первинна триденна малярія, середнього ступеня тяжкості, завізна.

Одержував етіотропну терапію: делагіл за схемою усередину протягом 3 днів, після примахін протягом 10 днів; патогенетичну терапію (в/в крапельно р-н глюкози 5% – 400,0; фіз. р-н – 400,0; віт. С 5% – 3,0 мл; усередину – карсил по 1 табл. 3 рази в день, ліпоєву кислоту по 2,0 в/м, тіотриазолін по 2,0 мол в/в крап. на 200,0 мл фіз. р-ну №15, віт. Е по 1 капс. 3 рази в день).

Лабораторні дані: аналіз мазків периферичної крові і стернального пунктата від 11.09. – виявлені малярійні плазмодії (*P. vivax*) на різних стадіях розвитку: шизонти, гаметоцити (чоловічі і жіночі), еритроцити збільшені і містять шюфнеровську зернистість.

Клінічний аналіз крові: від 12.09.: Нб – 103 г/л, еритр. – $3,4 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоц. – $4,1 \cdot 10^9$ /л, пал. – 7%, сегм. – 35%, еоз. – 1%, лімф. – 54%, мон. – 3%, ШОЕ – 20 мм/год; виявлені малярійні плазмодії *P. vivax* від 29.09.: Нб – 120 г/л, еритр. – $4,3 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоц. – $4,5 \cdot 10^9$ /л, пал. – 4%, сегм. – 28%, еоз. – 0%, лімф. – 65%, мон. – 3%, ШОЕ – 6 мм/год; малярійні плазмодії не знайдені.

Біохімічні дослідження крові від 12.09.: білірубін – 30 мкмоль/л (прямий – 12), активність трансаміназ не підвищена.

Після проведеного лікування (з 11.09.) у хворого покращилося самопочуття, швидко нормалізувалася температура тіла, а потім зникли симптоми і гепатолієнальний синдром.

Підсумок

Таким чином, наявність випадків триденної малярії в тих регіонах, у яких вони раніше не зустрічалися, свідчить про можливість формування нових ендемічних вогнищ, у тому числі вони можуть сформуватися й в Україні. При цьому клініка малярії зберігала свої класичні риси. Але слід зазначити, що особливостями місцевих випадків малярії в неімунних осіб, розглянутих нами, з'явилася відсутність періоду продрому, виражена лихоманка до 40°C и вище, наявність гепатолієнального синдрому, анемія, етіотропна терапія не завжди

приводила до швидкого зникнення малярійних плазмодіїв. Поява рецидивів свідчить про можливість формування ендемічних вогнищ із уже придбаною стійкістю визначеної популяції малярійних плазмодіїв (*P. vivax*) до протималярійних препаратів. І останнє, господарська діяльність людини може привести до утворення великого числа штучних місць виплоду комарів і формуванню ендемічних вогнищ інвазії.

Література

1. Махнев М.В. Местные случаи трехдневной малярии в Подмосковье // Тер. архив. – 2002. - № 11. – С.31-33.
Лобан К.М., Полозок Е.С. Малярия. М.: Медицина, 1983. – 224 с.
2. Возианова Ж.И. Инфекционные и паразитарные болезни, т. 2. Київ: «Здоров'я», 2001. – С. 370-434.

Реферати

ТРЕХДНЕВНАЯ МАЛЯРИЯ – ВОЗМОЖНОСТЬ ФОРМИРОВАНИЯ ЭНДЕМИЧЕСКИХ ОЧАГОВ В УКРАИНЕ

В.П. Малий, Г.М. Дубинская, Н.Д.
Чемич, А.А. Швайченко,
Л.Л. Войтенко, И.А. Троцкая

Описаны два случая трехдневной малярии из эпидемических очагов, которые сформировались в Подмосковье. Приведена клинико-эпидемиологическая характеристика течения заболевания.

Ключевые слова: трехдневная малярия, клиника, эпидемиология.

A THREE-DAY MALARIA – A POSSIBILITIES TO FORM ENDEMIC CENTERS IN UKRAINE

V.P. Maliy, G.M. Dubynska, N.D.
Chemych, A.A. Shvaichenko, L.L.
Voitenko, I.A. Trocka

Two cases of three-day malaria from endemical centers, which were formed in Podmoskovie, are described in the article. The clinical and epidemical characteristic of current of this disease is given too.

Key words: three-day malaria, clinic, epidemiologia.