

ІНФЕКЦІЙНА ПАТОЛОГІЯ У ГОСПІТАЛІЗОВАНИХ ХВОРИХ

І.П. Баранова, О.А. Зикова, С.Б. Рибалкін, Т.Ф. Чернова, О.М. Зайцева,
О.А. Коннова, О.Н. Лесина, Д.Ю. Курмасва, Н.В. Свистунова

Резюме. У статті обговорюються питання, присвячені аналізу інфекційної патології серед госпіталізованих хворих.

Ключові слова: аналіз нозологічної структури, захворюваність

INFECTIOUS DISEASES IN HOSPITALIZED PATIENTS

I. Baranova, O. Zyкова, S. Ribalkin, T. Chernova, E. Zaitseva
O. Konnova, O. Lesina, D. Kurmasva, N. Svistunova

Summary. the article discusses issues devoted to the analysis of infectious pathology among hospitalized patients.

Key words: analysis of the nosological structure of morbidity

УДК:616.993.161/162 – 053.2/6(477.75)

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИСЦЕРАЛЬНОЙ И КОЖНОЙ ФОРМЫ ЛЕЙШМАНИОЗА В КРЫМУ

И.В. Богдельников, А.В. Бобрышева, Ю.В. Вяльцева,
Е.А. Крюгер, Л.И. Прокудина, Э.Р. Мазина

Резюме. В статье представлены случаи неэндемичного, редкого в Крыму заболевания – лейшманиоза у ребенка 11 месяцев и девочки 4 лет, клинически протекавших в висцеральной и кожной формах. Окончательный диагноз – висцерального лейшманиоза выставлен по результатам биопсии печени с обнаружением телец Лейшмана-Донована, девочка была пролечена препаратом AmBisome (липосомальный амфотерицин В) согласно протокола. При кожной форме решающим исследованием в подтверждении диагноза было обнаружение в мазке с язвы Leishmania.

Ключевые слова: дети, лейшманиоз

Лейшманиоз распространен в основном в Средиземноморье, на Ближнем и Среднем Востоке, полуострове Индостан. В Крыму и Украине заболевание встречается очень редко, спорадически. Заболеваемость лейшманиозом резко возрастает в июне–сентябре. Сезон заражения связан с периодом

лёта москитов. Восприимчивость к лейшманиозу высокая. Среди местного населения болеют главным образом дети, среди приезжих – люди любого возраста. В последнее время лейшманиоз регистрируется в Крыму. Для иллюстрации клинической картины приводим выписки из историй болезни 2-х детей.

Целью исследования было изучить клиническую картину висцерального и кожного лейшманиоза у детей по данным историй болезней.

Материалы и методы

Истории болезней детей, лечившихся по поводу висцерального и кожного лейшманиоза в Республиканской детской клинической больнице г. Симферополя.

Результаты исследования и их обсуждение

Девочка А., возраст 11 месяцев, проживающая в одном из поселков Симферопольского района АРК. Из анамнеза жизни известно, что ребенок от первой желанной беременности, протекавшей без патологии на фоне резус-конфликта, роды в срок, родилась с массой 3360 г, закричала сразу, к груди приложена в родзале. На грудном вскармливании была до 7,5 месяцев. Росла и развивалась соответственно возрасту. На диспансерном учете не состояла. До настоящего заболевания не болела. С девятимесячного возраста отмечалась плохая прибавка массы тела, но по данному поводу к педиатру не обращались. В 11 месяцев ребенок весит 8500 грам.

Заболевание началось 14.05.12, когда мать отметила у девочки задержку стула, самостоятельно сделала очистительную клизму и дала «Дуфалак» 15 мл. После этого у ребенка появились трехкратный жидкий стул, вздутие живота, беспокойство. Родители обратились к врачу приемного покоя детского стационара. Была осмотрена детским хирургом и направлена в детский инфекционный стационар. При сборе данных эпидемиологического анамнеза детским инфекционистом приемного покоя, контакт ребенка с инфекционными больными не установлен.

Состояние при поступлении в детскую инфекционную больницу оценивалось как тяжелое. Тяжесть была обусловлена интоксикационным синдромом: лихорадкой в пределах 38–39,5°C, вялостью, сниженным аппетитом. При этом, во время объективного осмотра, патологии со стороны внутренних органов выявлено не было, за исключением выраженного вздутия живота и увеличение размеров печени, при пальпации безболезненной, нижний край которой выступал из-под края реберной дуги на 5,0 см. В брюшной полости слева пальпировалась увеличенная, плотноэластичной консистенции селезенка, выступающая из-под реберной дуги на 7 см, болезненная при пальпации. Стул был 2 раза, но кашицеобразной

консистенции, желтого цвета, без видимых патологических примесей. Диурез сохранен. Моча насыщенно желтого цвета.

Диагноз, установленный ребенку на приемном покое при поступлении: острая кишечная инфекция. Передозировка «Дуфалака». Парез кишечника 1 степени. Больной было проведено клиничко-лабораторно-инструментальное обследование, которое выявило гипохромную анемию (Hb 84 – 74 г/л, эритроциты от 2,8 до 2,65/10¹²) с прогрессирующей отрицательной динамикой, сдвиг формулы влево и резко повышенную СОЭ до 35–46 мм/час. В биохимических исследованиях в динамике отмечалось увеличение уровня АЛТ и АСТ и показателя тимоловой пробы (общий билирубин – 14 мкмоль/л, прямой – 6 Мкмоль/л, непрямой – 8 Мкмоль/л, АЛТ – 1,68, АСТ – 2,91 Мкмоль/л, тимоловая проба – 30,1 МЕ). Результат копрограммы без патологических изменений. В результате бактериологического исследования кала от 18.05 – выделена *Salmonella enteritidis*.

Клинический диагноз: сальмонеллез, вызванный *Salmonella enteritidis*, гастроинтестинальная тяжелая форма. Анемия 2 ст. Белково-энергетическая недостаточность 1 ст.

Консультация кардиоревматолога с последующим проведением ДЭхоКГ с цветным доплеровским картированием позволили исключить сердечную патологию у девочки. УЗИ органов брюшной полости от 16.05 и компьютерная томография органов брюшной полости от 19.05 и 25.05 патологии не выявили. Обнаружена гепатоспленомегалия. Свободной жидкости в брюшной полости, увеличения забрюшинных лимфоузлов, костно-деструктивных изменений в исследованной области не выявлено. В ЧЛС левой почки определялись мелкие конкременты до 4 мм в диаметре.

Исследование сыворотки крови методами ПЦР и ИФА (Антитела Ig M и G) на наличие маркеров к инфекциям: вирусным гепатитам А, В, С, Эпштейн–Барра–инфекции, герпетической инфекции 1 и 2 типов были отрицательные. Антитела класса IgM к цитомегаловирусу оказались равными 68,9 ОЕ/мл – положительный результат; (менее 15 ОЕ/мл – отрицательный результат). Результат обследования на ВИЧ-инфекцию – отрицательный.

К моменту получения всех результатов обследования, девочка получила курс антибактериальной, дезинтоксикационной, симптоматической терапии. Кишечный синдром, который у ребенка имел место в начале заболевания купировался, но ребенок продолжал лихорадить на фебрильных цифрах, интоксикационный синдром оставался выраженным. В контрольных бак. посевах кала роста патогенных бактерий семейства кишечных не определялось.

Девочку для дальнейшего обследования и лечения перевели в Республиканскую детскую клиническую больницу г. Симферополя с диагнозом: цитомегаловирусная инфекция генерализованная форма, тяжелое течение,

осложненная вторичной гемолитической анемией, тромбоцитопенией, гепатитом. При поступлении состояние оценивалось как тяжелое за счет выраженной интоксикации. Результаты миелограммы от 25.05 и 19.06 позволили сделать заключение, что данных за гемобластоз и гистиоцитоз нет, имеется раздражение красного ростка. Костный мозг реферирован в гематологическом центре ОХМАТДЕТ г. Киева. Были проведены все исследования методами ПЦР и ИФА, проведенные в детской инфекционной больнице и получены те же результаты. На основании повторных консультаций и консилиумов основным диагнозом осталась генерализованная ЦМВ инфекция, тяжелая форма. Ребенок получал лечение, которое включало переливание отмытых эритроцитов; Зовиракс 30 мг/кг в сут. в/в 15 суток, затем энтерально 600 мг в сут.; цитобиотек 5% – 4 введения по 2 мл/кг; цебанекс 260 мг – 3 раза в сутки № 8; ванкомицин 112 мг – 3 раза в сутки; меронем по 165 мг – 3 раза в сутки № 10; энтерально: орунгал по 40 мг в сут., урсофальк, креон, биогай.

При биопсии печени, в материале которой обнаружены тельца Лейшмана–Донована, представляющие собой амастиготы бобовидной формы с темным круглым ядром и короткими палочковидными кинетопластами, расположенными в макрофагах. Морфологические находки были подтверждены положительными результатами ПЦР и выставлен диагноз: висцеральный лейшманиоз. Девочка получила курс лечения препаратом AmBisome (липосомальный амфотерицин В) в соответствии с протоколом. Висцеральный лейшманиоз лечат внутривенным введением лекарства, которое называется липосомальным амфотерицином В, и который является единственным препаратом, одобренным, в частности, в США для этой цели. Амфотерицин, как правило, безопасен, но может иметь побочные эффекты, в том числе почечную недостаточность. После проведенного лечения, с выздоровлением, девочка выписана домой.

Девочка Алина М., возраст 4 года, проживающая в одном из поселков Сакского района АРК.

Ребенок заболел в августе 2010 года, когда с родителями проживала в Узбекистане (г. Данзас). При сборе анамнеза болезни, родители отмечали, что в течении нескольких дней, при этом, указывались конкретные даты – 11.08.2010 – 14.08.2010, были отмечены укусы moskitov. Через 2 дня на месте укусов на коже живота, спины, левой руки появилась гиперемия в виде пятен розового цвета диаметром 0,5–0,3 см и пузырьков. Через три недели после укусов москитами девочка с семьей приехала в Крым. Папулы сохранялись до февраля 2011. Вокруг папул на протяжении всего этого периода отмечалась гиперемия.

Ребенка неоднократно осматривали педиатры, хирурги, инфекционисты, дерматологи – был поставлен диагноз: контагиозный моллюск. В конце

февраля одну папулу вскрыли, после чего она покрылась корочкой. В конце марта – начале апреля остальные папулы тоже покрылись корочками, на месте которых образовались кратерообразные язвы, с гиперемией вокруг, в диаметре 1–1,5 с гнойными корочками на дне. Зуда кожных покровов не было. Мама обрабатывала элементы (папулы, корочками) фукарцином.

При поступлении в детский инфекционный стационар Крыма, куда переехала семья, предъявлялись жалобы на сыпь в виде язвочек на коже живота, спины и левой руки. Общее состояние ребёнка при поступлении оценивалось как средней степени тяжести. Температура тела 36,7°C, частота сердечных сокращений – 102 в минуту, частота дыханий – 22 в минуту. Правильного телосложения, умеренного питания, тургор и эластичность мягких тканей сохранены. Кожные покровы бледно – розовые, в околопупочной области на коже поясницы и внутренней поверхности левого предплечья кратерообразные язвы в диаметре 1,0–1,5 см с гиперемией вокруг, приподнимающимися краями. На дне язв располагались гнойные корочки.

При пальпации прощупывались периферические лимфоузлы – шейные и паховые – размером 0,5 см в диаметре, мягко – эластической консистенции, единичные. При осмотре ротоглотки слизистые бледные, чистые. В лёгких выслушивается жесткое дыхание, хрипов нет, перкуторно – ясный легочный звук. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень не выступает из-под края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Стул 1 раз в день, оформленный, без патологических примесей. На основании клинической картины заболевания было высказано предположение о кожной форме лейшманиоза.

Девочке было проведено клинико – лабораторно – инструментальное обследование, которое не выявило каких – либо значительных изменений в крови анемию (Hb – 132 г/л, эритроциты от $4,1 \times 10^{12}$, Le – $4,2 \times 10^9$ без сдвиг формулы и нормальное СОЭ – 5 мм/час. В биохимических исследованиях также не отмечалось патологических изменений (общий билирубин – 14 Мкмоль/л, прямой – 4 Мкмоль/л, непрямой – 10 Мкмоль/л, АЛТ – 0,44, АСТ – 0,33 Мкмоль/л, тимоловая проба – 4,2 МЕ). Результат копрограммы без патологических изменений. В результате бактериологического исследования кала – патогенных бактерий не выделено.

Исследование мазка с язвы: обнаружены округлые формы *Leishmania* 1–2 в поле зрения, в отдельных полях до 6 экземпляров. Исследование крови на лейшманию 17.06.11 – лейшманий не выявлено.

Окончательный диагноз: кожный лейшманиоз средней степени тяжести, хроническая форма.

Проведенное лечение: этиотропная терапия проводилась глюкантимом по схеме 1 раз в сутки внутримышечно, курс – 5 дней; с последующим метронидазолом 250 мг 3 раза в сутки, per os, курс – 10 дней. Местная те-

рапия включала оброботка язв мазью Лешкутан. С первого дня в стационаре проводится противоэпидемические мероприятия – в палате установлены москитные сетки, включен «раптор», в ночное время на место язв накладывается повязка. В результате проведенной терапии состояние улучшилось, наблюдалась положительная динамика. Выписана на 17-й день болезни с выздоровлением.

Итак, за последний год в Крыму диагностировано 3 случая лейшманиоза, из них у двух детей выставлен диагноз висцеральной формы, при которых нет в эпидемиологическом анамнезе данных о путешествиях в эндемичные зоны лейшманиоза, как в случае с кожной формой лейшманиоза у четырехлетней девочки, прибывшей из Средней Азии.

Выводы

1. В Крыму, который не относится к эндемичным зонам по лейшманиозу, установлены случаи висцерального лейшманиоза, что требует врачебной настороженности в проведении дифференциальной диагностики схожих заболеваний.

2. Встречаются «завезенные» случаи, как кожной так и висцеральной форм лейшманиоза, что требует от врача более детального сбора эпидемиологического анамнеза с целью исключения у ребенка лейшманиоза.

Литература

1. Андрейчин М.А. Новые этиологические формы инфекционных болезней / М.А. Андрейчин // Инфекционные болезни. – 2005. – № 1. – С. 59–68.

2. Андрейчин М.А. Відкриття збудників інфекційних хвороб: сучасні досягнення і перспектива / М.А. Андрейчин // Тернопільський осередок Наукового товариства ім. Шевченка. Збірник праць. Том 5. Нобелівський рух і Україна. – Тернопіль: Джура, 2010. – С. 204–223.

КЛИНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВІСЦЕРАЛЬНОЇ ТА ШКІРНОЇ ФОРМИ ЛЕЙШМАНІОЗУ В КРИМУ

І.В. Богдельніков, А.В. Бобришева, Ю.В. Вяльцева,
О.О. Крюгер, Л.І. Прокудіна, Е.Р. Мазинова

Резюме. У статті представлено випадки неендемичного, рідкісного в Криму захворювання – лейшманіозу у дитини 11 місяців та дівчинки 4 років, що клінічно перебігали в вісцеральній та шкірній формі. Остаточний діагноз – вісцеральний лейшманіоз виставлений за результатами біопсії печінки з виявленням тілець Донована, дитина була пролікована препаратом AmBisome (ліпосомальний амфотерицин В) згідно з протоколом. При шкірній формі визначальним дослідженням в підтвердженні діагнозу було виявлення в мазку з виразки *Leishmania*.

Ключові слова: діти, лейшманіоз

CLINICAL PECULIARITIES
OF VISCERAL AND CUTANEOUS LEISHMANIASIS IN CRIMEA

I.V. Bogadelnikov, A.V. Bobrysheva, Y.V. Vyaltseva,
E.A. Rryuger, L.I. Prokudina, E.R. Mazinova

Summary. *In the article described the cases of non- epidemic, rare in Crimea disease of Leishmaniasis. The cases present Visceral Leishmaniasis in a child of 11 months and Cutaneous Leishmaniasis in a child of 4 years old. The final diagnoses were established based on visualization of the amastigotes Leishmania Donovanii in aspirate of the liver. The child received treatment of AmBisome (liposomal Amphotericin B) to protocol. In case of a Cutaneous Leishmaniasis final diagnosis was based on detection of Leishmania in a smear taken from skin ulcer.*

Key words: *children, leishmaniasis*

УДК 616.936-036.11

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ
К ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ МАЛЯРИИ**

А.В. Бондаренко, Е.И. Могиленец, Я.В. Зоц

Резюме. *Проведены систематизация и анализ информации о резистентности Plasmodium spp. к противомаларийным препаратам. Представлены современные схемы лечения малярии, в том числе у беременных.*

Ключевые слова: *малярия, резистентность, этиотропная терапия*

Эпидемиологическая ситуация по малярии в Украине продолжает оставаться неустойчивой из-за постоянного завоза этого заболевания из эндемичных стран Африки (Ангола, Буркина-Фасо, Гана, Демократическая республика Конго, Египет, Зимбабве, Камерун, Кения, Кот-д'Ивуар, Либерия, Мозамбик, Судан, Сьерра-Леоне, Танзания, Нигерия, Уганда, Эфиопия), Азии (Азербайджан, Армения, Афганистан, Бангладеш, Индия, Индонезия, Объединенные Арабские Эмираты, Пакистан, Таджикистан, Таиланд, Туркменистан, Турция), а также из России, где регистрируются местные случаи заболевания. Малярия регистрируется среди туристов, отдохавших в эндемичных странах, и граждан, работавших в этих странах по контракту; военнослужащих Вооруженных Сил Украины, выполнявших миротворческие операции в составе миссии ООН в западной Африке; студентов-иностранцев из эндемичных регионов, проходящих обучение в Украине.

В клиническом аспекте наибольшую опасность представляет тропическая малярия, как форма с возможностью злокачественного течения и высокой