

УДК 616.936-036.1-08:615.15

DOI: 10.15587/2519-4798.2017.107918

МАЛЯРІЯ VIVAX НА БУКОВИНІ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК БЕЗКОНТРОЛЬНОГО САМОЛІКУВАННЯ

© А. М. Сокол, А. С. Сидорчук, Н. А. Богачик, Я. В. Венгловська

*Описано клінічний випадок завізної малярії на Буковині, спричиненої *Pl. vivax* в трудового мігранта. Безконтрольне самолікування за відсутності «золотого стандарту» діагностики малярії призвело до тривалого паразитозу в тканині печінки у вигляді «дормантних форм». Насторожене відношення сімейних лікарів щодо малярії дозволить уникнути ускладнених форм і віддалених рецидивів цієї трансмісивної інфекції*

Ключові слова: *Plasmodium vivax, паразитоз, завізний маляріоз, рецидив, самолікування, трудовий мігрант, Буковина*

1. Вступ

Малярія (*mala aria* – «погане повітря»), – трансмісивна інфекційна хвороба, що передається людині через укуси самки комара роду *Anopheles*, супроводжується періодичними нападами гарячки й періодами апірексії, збільшенням печінки, селезінки, анемією, а також схильністю до рецидивів.

На початку XXI століття цією хворобою перхворіло від 350 до 500 мільйонів людей, з них понад 3 мільйони загинули [1]. За даними ВООЗ в результаті імплементації розроблених глобальних програм з профілактики малярії у 2013 р. світові показники смертності порівняно з 2000 роком, зменшились більше, ніж на 47 %, а в Африканському регіоні – навіть на 54 % [2]. Групою найбільшого ризику захворіти і загинути все ж залишаються діти до 5 років [3].

На думку експертів ВООЗ, біля половини популяції планети – 3,2 мільярди станом на сьогодні мають ризик захворіти на цю тропічну паразитарну небезпечну інфекцію [4]. У 2015 р. зареєстровано 214 мільйонів випадків малярії, викликані п'ятьма відомими найпростішими: *Plasmodium vivax*, *Plasmodium ovale*, *Plasmodium malariae*, *Plasmodium falciparum*, *Plasmodium knowlesii* [5]. Переважна кількість захворілих (89 %) є корінними мешканцями країн Африканського континенту [6].

В колишньому Радянському Союзі спостігалось три великі спалахи хвороби (1923–1924 рр., 1934–1935 рр., 1944–1945 рр.), а вже з 1964 р. випадки малярії траплялися спорадично, – у вигляді поодиноких випадків [7].

2. Обґрунтування дослідження

Глобалізація ринку працевлаштування призвела до появи екзотичної захворюваності і в трудових мігрантів держави. Поверхнева обізнаність про антималярійні препарати без належних діагностичних методів дослідження провокує співвітчизників на самолікування, часто недостатньо ефективне. В Україні в теперішній час зустрічаються завізні випадки цього захворювання, переважно в іноземців, що приїжджають на навчання з країн, неблагополучних по цій хворобі (з країн Африки – Анголи, Ефіопії,

Єгипту, Зімбабве, Камеруну, Кенії, Намібії, Мозамбіку, Судану), Центральної та Південної Америки (Бразилії, Гаїті, Ямайки, Мексики, Домініканської республіки), Азії (Афганістану, В'єтнаму, Індії, Китаю, Малайзії, Таїланду) [8, 9].

Впродовж останніх років в Україну з ендемічних країн Азії та Африки було завезено близько 300 випадків малярії, в тому числі 5 – зареєстровано на території Чернівецької області [10].

3. Опис клінічного випадку

Наводимо випадок рецидивної малярії *vivax*, оскільки він має кілька повчальних моментів. 25.10.2016 р. о 11.30 до приймального відділення інфекційного стаціонару КМУ «Обласна клінічна лікарня м. Чернівці» поступив хворий Г., 63 років. На момент поступлення скаржився на періодичні озноби, загальну слабкість, відсутність апетиту, біль голови і пітливість під час ознобів. Як вказано в направленні від терапевта поліклініки та за словами пацієнта, захворів 21.10.2016 року, коли вперше відзначив вищевказані симптоми, тому з урахуванням епіданамнезу запідозрено малярію. У 2016 р., вже будучи на пенсії і проживаючи в Україні, за 4 дні до госпіталізації пацієнт відзначив новий напад лихоманки з трьома характерними періодами (озноб – жар – піт), знову прийняв делягіл за 3-денною схемою, але вирішив звернутися в поліклініку. Був направлений в обласний лабораторний центр, де при мікроскопії товстої краплі і мазка виявлено *Plasmodium vivax*. З анамнезу хвороби стало відомо, що недуга розпочалася з підйому температури тіла до 37,6 °С, трясучого ознобу, загальної слабкості, що супроводжувалося болем голови. Ці симптоми трималися біля 3-ох годин, потім змінилися відчуттям жару та фебрильною температурою тіла до 39,5 °С впродовж 6 годин, вираженою загальною квалістю, нудотою. Потім хворий рясно пропотів і заснув. Після пробудження турбувала спрага, загальна слабкість, зниження апетиту і працездатності. 21.10.2016 та 22.10.2016 року з метою зниження температури тіла до нормальних показників самостійно вирішив прийняти німесилу порошок (дві дози зранку та ввечері), попередньо розчинивши його в 100 мл теплої

кип'яченої води. Однак відчутного жарознижувального ефекту ці заходи не давали. Стан залишався попереднім, що спонукало хворого викликати сімейного лікаря додому. Із епіданамнезу встановлено, що хворий кілька років працював за кордоном на посаді корабельного лікаря, перебував у різних країнах Африки, Азії й Центральної Америки. Вперше захворів на малярію у 2013 р., перебуваючи у Венесуелі. За медичною допомогою не звертався, знаючи клініку малярії і враховуючи перебування в ендемічній з малярії зоні, сам діагностував малярію і лікувався самостійно делягілом за наступною схемою: в перший день хвороби – 10 мг/кг препарату (перший прийом), а далі – через 6 годин ще 5 мг/кг (другий прийом). Наступні дві доби від початку хвороби і лікування – по 5 мг/кг, отримавши в результаті 25 мг/кг за три дні. Нових нападів лихоманки не було. Лабораторного дослідження крові на малярійний плазмодій не проводилось. У 2014 та в 2015 рр. теж відмічав подібні напади хвороби (по одному нападу на рік). Також лікувався делягілом без підтвердження діагнозу.

При госпіталізації до інфекційного відділення КМУ «Обласна клінічна лікарня м. Чернівці» стан хворого середньої тяжкості. Хворий нормостенічної статури. Відмічена блідість шкірних покривів. Скелери – звичайного кольору. АТ 145/90 мм рт. ст., пульс – 90 уд. за 1 хв., задовільних властивостей. При огляді – видимі слизові оболонки ротоглотки блідо-рожеві, чисті; піднебінні мигдалики – без особливостей. Дихання через ніс не утруднене. Периферичні лімфатичні вузли не пальпуються. Дихання над обома легеньми везикулярне, хрипів немає. Аускультативно тони серця ритмічні, приглушені. Живіт м'який, не болючий при пальпації. Нижній край печінки біля краю реберної дуги, безболісний при пальпації, селезінка не пальпувалась. З боку органів сечостатевої системи патологічних змін не виявлено. На підставі клініко-епідеміологічних даних встановлено попередній клінічний діагноз: Завізна малярія, триденна форма, віддалений рецидив. Для підтвердження клінічного діагнозу рекомендовано включити в план обстеження мікроскопічне дослідження тонкого мазка і товстої краплі крові на предмет виявлення виду малярійного плазмодія і стадії його розвитку (на висоті гарячки декілька разів).

Під час перебування в стаціонарі нових нападів не було, залишалась незначна загальна слабкість. Хворий отримував реосорбілакт по 400 мл щодня в/в крапельно, додатково по 400 мл 5 % розчин глюкози в/в крапельно щодня, лоратадин 10 мг на добу, тіотриазолін в/м курсом 10 ін'єкцій, вітамінний комплекс, делягіл (в перший день хвороби – 10 мг/кг препарату (перший прийом), а далі – через 6 годин ще 5 мг/кг (другий прийом). Наступні дві доби від початку хвороби і лікування – по 5 мг/кг, отримавши в результаті 25 мг/кг за три дні) в комбінації з доксицикліном (по 1,5 мг/кг маси тіла одноразово впродовж 7 днів).

При дослідженні товстої краплі і мазка крові на малярійний плазмодій в паразитологічній лабора-

торії від 25 і 26 жовтня було виявлено збудник триденної малярії – *Plasmodium vivax*. При дослідженні загального аналізу крові: еритроцити – $4,2 \times 10^{12}/л$, Hb-130 г/л, кольоровий показник – 0,92, лейкоцити – $4,1 \times 10^9/л$, нейтрофіли: юні – 1, паличкоядерні – 11, сегментоядерні – 47, лімфоцити – 34, моноцити – 7, швидкість зсідання еритроцитів – 22 мм/год. Дослідження мазка крові від 31.10.16: знайдений *Plasmodium vivax*. Біохімічний аналіз крові: загальний білірубін – 14,0 мкмоль/л, тимолова проба 1,7 ОД, активність АЛТ – 1,31 мкмоль/л, загальний білок – 72,0 г/л. Коагулограма: протромбіновий індекс – 88 %, фібриноген – 3,10 г/л, гематокрит – 44,4 %. Хворому проведено УЗД органів черевної порожнини. Вертикальний розмір правої долі печінки 164 мм, підвищеної ехогенності (градації В), структура – дифузно ущільнена. Жовчний міхур з ізоехогенним вмістом, з потовщеними стінками, підшлункова залоза дифузно ущільнена. Селезінка – 126/54 мм, контури рівні, ехогенність середня, структура однорідна. Нирки – змін не виявлено.

Ефективність протималярійного лікування за допомогою комбінації делягілу з доксицикліном доведено шляхом регресії клінічних ознак недуги та підтверджено паразитоскопічно – від 31.10.2016 року в тонкому мазку та товстій краплі нативної крові плазмодія не виявлено. Загальний стан істотно покращився, тому пацієнта було виписано зі стаціонару в задовільному стані, проведено 8 ліжко-днів.

4. Результати дослідження

При госпіталізації літнього хворого до інфекційного стаціонару КМУ «Обласна клінічна лікарня м. Чернівці» з'ясовано, що нападами малярії (озноб-жар-піт) страждає з 2013 року після перебування у Венесуелі. Має чітко виражений позитивний епідеміологічний анамнез у зв'язку з контрактною роботою. В наведеному клінічному випадку хворий був обізнаний щодо клініки малярії, оскільки за фахом працював корабельним лікарем. Безконтрольне самолікування стандартною схемою за допомогою делягілу за відсутності «золотого стандарту» лабораторної діагностики малярії призвело до тривалого паразитозисійства малярії *vivax* в тканині печінки у вигляді «дормантних форм». За позитивного епідемічного анамнезу всі випадки гарячки нез'ясованого генезу повинні діагностуватися на предмет найбільш соціально значущої тропічної хвороби 21 століття у світовому масштабі – малярії. Обов'язковим є встановлення виду малярійного плазмодія шляхом неодноразової паразитоскопії крові методами тонкого мазка, зафарбованим за Гімза-Романовським та товстої краплі, з урахуванням передбачуваної чутливості до протималярійних хіміопрепаратів. Насторожене відношення сімейних лікарів щодо малярії дозволить уникнути ускладнених форм і віддалених рецидивів цієї трансмісивної інфекції, викликані різними видами плазмодіїв.

Навідними та патогномонічними симптомами малярії, на які потрібно звертати увагу сімейним лікарям є раптове підвищення температури тіла до

38 °C і вище, що супроводжується ознобом, почервонінням обличчя, відчуттям жару в тілі і ломотою в суглобах, болем голови, а далі – зниженням температури тіла до нормальних цифр із рясним потовиділенням. Особливо ретельно необхідно збирати епіданамнез за останні декілька років про подорожі до екзотичних країн, де трапляються випадки малярії. Дані про трудовий анамнез у випадку тривалого або короточасного перебування за кордоном в тропічних і субтропічних країнах без належної хіміопротекції малярії повинно насторожити фахівця. У випадку підозри на малярію, не зволікаючи, направити пацієнта до інфекційного стаціонару з метою спростування або підтвердження малярії шляхом ретельного клініко-лабораторного обстеження та лабораторної діагностики – паразитоскопії крові в динаміці.

Уникнути рецидивів малярії можна шляхом ефективного лікування хвороби під наглядом спеціаліста після лабораторного встановлення виду плаз-

модія та прогнозування ймовірності розвитку ранніх та/або пізніх рецидивів з урахуванням резистентності паразита до хіміопрепаратів.

5. Висновки

Ретроспективно наявність типових малярійних нападів у 2014 та 2015 рр., можна трактувати як результат нових заражень, оскільки пацієнт допускав порушення графіку медикаментозної профілактики хвороби, й як віддалені рецидиви малярії *vivax* внаслідок неповноцінного лікування і продовження тканинного циклу шизогонії. Останній малярійний напад у 2016 році, під час якого була підтверджена малярія *vivax*, безумовно свідчить про віддалений рецидив хвороби, оскільки пацієнт майже рік перебував поза ендемічною зоною малярії. Таким чином, наведений клінічний випадок можна розглядати як повчальний в аспекті невдалого самолікування, що призвело до тривалого паразитозійства в організмі.

Література

1. Трихліб, В. І. Аналіз важких випадків тропічної малярії [Текст] / В. І. Трихліб, І. З. Карімов, В. В. Кондратюк, М. О. Павловська, О. С. Артемов, А. Ю. Хомякова та ін. // Сімейна медицина. – 2013. – № 1. – С. 135–139. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/simmed_2013_1_29
2. Сидорчук, А. С. Забуті протозойні тропічні інвазії: стан та перспективи вакцинації на сучасному етапі (огляд літератури) [Текст] / А. С. Сидорчук // Буковинський медичний вісник. – 2017. – Т. 21, № 1 (81). – С. 221–223.
3. Rizvi, I. Complications associated with Plasmodium vivax malaria: A retrospective study from a tertiary care hospital based in western Uttar Pradesh, India [Text] / I. Rizvi, D. Tripathi, S. Zaman, N. Zaidi, A. Chughtai, M. Beg // Annals of African Medicine. – 2013. – Vol. 12, Issue 3. – P. 155–159. doi: 10.4103/1596-3519.117624
4. Mackey, T. K. Emerging and Reemerging Neglected Tropical Diseases: a Review of Key Characteristics, Risk Factors, and the Policy and Innovation Environment [Text] / T. K. Mackey, B. A. Liang, R. Cuomo, R. Hafen, K. C. Brouwer, D. E. Lee // Clinical Microbiology Reviews. – 2014. – Vol. 27, Issue 4. – P. 949–979. doi: 10.1128/cmr.00045-14
5. Price, R. N. Vivax malaria: neglected and not benign [Text] / R. N. Price, E. Tjitra, C. A. Guerra, S. Yeung, N. J. White et. al. // The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene. – 2007. – Vol. 77. – P. 79–87.
6. Antinori, S. Severe Plasmodium vivax Malaria: Fact or Fiction? [Text] / S. Antinori, L. Milazzo, A. L. Ridolfo, L. Galimberti, M. Corbellino // Clinical Infectious Diseases. – 2012. – Vol. 55, Issue 11. – P. 1581–1583. doi: 10.1093/cid/cis709
7. Price, R. N. New developments in Plasmodium vivax malaria: severe disease and the rise of chloroquine resistance [Text] / R. N. Price, N. M. Douglas, N. M. Anstey // Current Opinion in Infectious Diseases. – 2009. – Vol. 22, Issue 5. – P. 430–435. doi: 10.1097/qco.0b013e32832f14c1
8. Gupta, N. Plasmodium vivax induced myocarditis: a rare case report [Text] / N. Gupta, S. K. Sahoo // Indian Journal of Medical Microbiology. – 2013. – Vol. 31, Issue 2. – P. 180–181.
9. Pinzon, M. A. Plasmodium vivax cerebral malaria complicated with venous sinus thrombosis in Colombia [Text] / M. A. Pinzon, J. C. Pineda, F. Rosso, M. Shinchi, F. Bonilla-Abadia // Asian Pacific Journal of Tropical Medicine. – 2013. – Vol. 6, Issue 5. – P. 413–415. doi: 10.1016/s1995-7645(13)60050-4
10. Roberts, D. J. Hematologic Changes Associated with Specific Infections in the Tropics [Text] / D. J. Roberts // Hematology/Oncology Clinics of North America. – 2016. – Vol. 30, Issue 2. – P. 395–415. doi: 10.1016/j.hoc.2015.11.007

*Рекомендовано до публікації д-р мед. наук, професор Москалюк В. Д.
Дата надходження рукопису 08.05.2017*

Сокол Андрій Миколайович, кандидат медичних наук, професор, кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб, Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», пл. Театральна, 2, м. Чернівці, Україна, 58002
E-mail: infection@bsmu.edu.ua

Сидорчук Анюта Степанівна, кандидат медичних наук, доцент, кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб, Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», пл. Театральна, 2, м. Чернівці, Україна, 58002
E-mail: sidorchuk@bsmu.edu.ua

Богачик Нонна Анатоліївна, кандидат медичних наук, асистент, кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб, Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», пл. Театральна, 2, м. Чернівці, Україна, 58002
E-mail: infection@bsmu.edu.ua

Венгловська Ядвіга Вікентіївна, кандидат медичних наук, асистент, кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб, Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», пл. Театральна, 2, м. Чернівці, Україна, 58002
E-mail: infection@bsmu.edu.ua

УДК: 615.24:616.352

DOI: 10.15587/2519-4798.2017.108023

МОРФОЛОГІЧНА ОЦІНКА ЛІКУВАЛЬНОЇ ДІЇ РЕКТАЛЬНОГО КРЕМУ КОМБІНОВАНОГО СКЛАДУ НА МОДЕЛІ ГОСТРОЇ УСКЛАДНЕНОЇ АНАЛЬНОЇ ТРІЩИНИ

© Г. В. Зайченко, М. О. Стахорська, Ю. Б. Лар'яновська, О. В. Файзуллін

В дослідженні наведені результати фармакологічного вивчення ефективності нового ректального крему комбінованого складу на моделі гострої ускладненої анальної тріщини. Дослідження проведено на щурах у порівнянні з препаратом «Проктозан». Спираючись на результати морфологічного дослідження тканин аноректальної зони, продемонстрована висока терапевтична ефективність досліджуваного крему, виявлено перевагу над препаратом порівняння – маззю «Проктозан»

Ключові слова: хронічна анальна тріщина, медикаментозна сфінктеротомія, дилтіазем, лідокаїн, метилурацил, ректальний крем

1. Вступ

В структурі колопроктологічної патології, анальна тріщина посідає третє місце, поступаючись за поширеністю лише геморою і коліту. Частота виникнення анальної тріщини становить 20–23 випадки на 1000 дорослого населення, і більше третини хворих припадає на людей працездатного віку. Частка пацієнтів з анальними тріщинами в структурі колоректальних захворювань становить, за даними різних авторів, від 8,5 до 16 %, при цьому жінки страждають в 1,5–2 рази частіше за чоловіків. У більшості випадків тріщини заднього проходу, що виникли гостро, загоюються спонтанно, і лише у незначної частки хворих (приблизно 10 %) формується хронічна анальна тріщина. Хронічна анальна тріщина (ХАТ) зустрічається у 1–2 % дорослого населення розвинених країн [1, 2].

Хронізація патологічного процесу є результатом сумісного впливу цілої низки факторів, в той же час відомо, що в абсолютній більшості випадків у таких хворих виявляється високий тиск спокою в анальному каналі в результаті підвищення тону внутрішнього анального сфінктера (ВнАС). Цей факт дозволяє розглядати спазм ВнАС як найважливішу ланку у процесі перетворення гострої анальної тріщини на хронічну. Відповідно до сучасних уявлень про патогенез ХАТ саме підвищення тону ВнАС стає причиною порушення перфузії та трофіки тканин у зоні розташування тканинного дефекту. З огляду на це, терапія, що спрямована на зменшення тону ВнАС, розглядається в якості одного з най-

головніших методів лікування ХАТ [3]. Необхідно також зазначити, що починаючи з 90-х рр. ХХ ст. лікування ХАТ характеризується все більш частим використанням нехірургічних методів впливу на тону ВнАС. Це обумовлено значною частотою незворотніх ускладнень, що розвиваються при хірургічному лікуванні [4]. Дослідження присвячене доклінічному вивченню ефективності застосування нового вітчизняного препарату комплексної дії – РККС при анальній тріщині.

2. Обґрунтування дослідження

В наш час існують різні методики стійкого зниження тону ВнАС, у тому числі й такі, що передбачають використання фармакологічних агентів [5].

В багатьох центрах колопроктології за кордоном в якості препарату «першої лінії» найчастіше обирають 0,2 % нітрогліциринову мазь. При її застосуванні, залежно від частоти аплікацій і тривалості лікування, загоєння хронічної анальної тріщини відбувається протягом 1–2 місяців приблизно у 45–60 % хворих, проте у 50 % з них протягом року спостерігається рецидив захворювання. Крім того, у значної частки пацієнтів розвиваються побічні явища у вигляді головного болю, тахікардії, ортостатичної гіпотензії та запаморочення, що змушує переривати лікування нітратами приблизно у 20 % випадків [2]. Деякі автори вказують на вищу ефективність ізосорбіта динітрату порівняно з нітрогліцирином [6]. Більш ефективним методом лікування ХАТ є застосування препаратів ботулотоксину (ботокс, диспорт).