УДК 616.936:(574.51)

А.К. ДУЙСЕНОВА[1], Г.А. ШОПАЕВА[1], А.М. САДЫКОВА[1], Л.М. ТАСТАНБЕКОВА[2], Т.К. УТАГАНОВА, Б.М. ДЖАМПЕИСОВА[2]

[1]Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан

[2]Городская клиническая инфекционная больница имени И.С. Жекеновой г. Алматы, Казахстан

ЗАВОЗНОЙ СЛУЧАЙ МИКСТ-МАЛЯРИИ В Г. АЛМАТЫ

Дуйсенова А.К.

Приводим случай завозной микст-малярии, который представляет интерес как с клинических, так и эпидемиологических (профилактических) позиций. Заболевание протекало с лихорадкой, анемией, гепатоспленомегалией. Но тип лихорадки был постоянный, т.е. нетипичный. При обследовании в мазке крови выявлены 2 вида плазмодия Pl.vivax и Pl.malaria. Тяжесть течения – средней степени, видимо, за счет предшествующего проэпидемичивания (последние 3-4 года регулярно выезжал в эндемичные по малярии страны Африки). До выезда и во время пребывания за границей больной не получал химиопрофилактику (проигнорировал). Тем не менее заболевание вызвано делагилчувствительным штаммом Pl.vivax. Больной выписан в удовлетворительном состоянии для продолжения лечения на родине (г. Москва, РФ). Следует отметить, что, несмотря на типичный эпиданамнез, больной первоначально был госпитализирован в терапевтическое отделение.

Ключевые слова: *малярия, завозной случай, химиопрофилактика, делагил.*

В 2012 году решением Генерального директора ВОЗ Казахстану присвоен статус страны, свободной от малярии. В настоящее время наблюдается регистрация единичных завозных случаев без эпидемических последствий.

Приводим случай завозной микст-малярии, который представляет интерес как с клинических, так и эпидемиологических (профилактических) позиций (история болезни №7649).

Жалобы при поступлении *(5-й день болезни): на повышение температуры тела, озноб, потерю аппетита, общую слабость, потемнение мочи. Анамнез заболевания: заболел остро 19.12.2013 г., когда появились озноб, слабость, недомогание, повышение температуры тела, незначительное першение в горле. Температуру не измерял, самостоятельно принимал антибиотики. 20.12.2014 г. вызвал скорую медицинскую помощь, был выставлен диагноз: ОРВИ, получал амбулаторное лечение без эффекта. 23.12.2014 г. госпитализирован в Центральную клиническую больницу Управления делами Президента Республики Казахстан, где при обследовании в крови обнаружены плазмодии. Доставлен в Городскую клиническую инфекционную больницу имени И.С. Жекеновой г. Алматы (главный врач Тастанбекова Л.М.) в экстренном порядке, госпитализирован.*

Эпидемиологический анамнез: *работает курьером в консульстве Российской Федерации. Часто выезжает в зарубежные командировки, в том числе и в страны Африки. С 02.12.2012 по 11.12.2013 гг. выезжал в Нигерию и Намибию. Отмечает укусы комаров. Анамнез жизни:Кожно-венерологические заболевания, вирусный гепатит, туберкулез отрицает. Операции, парентеральные вмешательства, гемотрансфузии отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Наличие хронических заболеваний отрицает. Ежегодно проходит плановую медицинскую комиссию. Привит против желтой лихорадки. Химиопрофилактику малярии не получал (отказался).*

Состояние при поступлении *средней степени тяжести за счет симптомов интоксикации. Температура 38,5°С. Сознание ясное, вялый. Менингеальные симптомы отрицательные. Кожные покровы обычной окраски, сыпи нет. Краевая субиктеричность склер. Лимфатические узлы не увеличены. Печень выступает на 2,0-2,5 см, плотноватой консистенции, чувствительна. Селезенка увеличена на 1,0 см. Стул жидкий, 1-2 раза в день. Периферических отеков нет.*

В день поступления был созван консилиум с участием профессоров кафедры инфекционных и тропических болезней КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова и администрации больницы. Учитывая жалобы больного (потрясающие ознобы, волнообразная лихорадка), эпиданамнез (с 2.12. по 11.12.13 г. находился в Африке, эндемичном районе по малярии), клинические проявления (лихорадка, гепатоспленомегалия, холурия) и данные микроскопии крови методом «толстая капля – тонкий мазок» – обнаружены Pl. vivax, выставлен предварительный клинический диагноз: Малярия трехдневная (Pl. vivax), средней тяжести. Однако, учитывая частые командировки в страны Африки в течение последних лет, отсутствие химиопрофилактики, назначено ежедневное обследование для исключения микст-малярии, через 10 дней – тропической малярии. В день поступления в 20:00 назначен делагил по схеме. В 19:20 до лечения при микроскопии обнаружен Pl. vivax (разные стадии развития – кольцевидные, зрелые трофозоиты ++++) по методу подсчета «по крестам» (рис.1). Кратность обследования методом микроскопии в 1-й день – 8 раз, в последующие 5 дней – ежедневно. В 23:00 на фоне лечения количество плазмодий на прежнем уровне (++++). 24.12.2013 г. в 6:00 утра на фоне t 38,3^{0}С количество плазмодиев уменьшилось (++). Консилиумом рекомендовано продолжать лечение делагилом с учетом эффективности, на 4-й день после отмены делагила (26.12.13 г.) подключить примахин 0,027 в течение 14 дней как гаметоцидный и направленный на тканевые формы плазмодий препарат. Однако, на момент госпитализации в инфекционной больнице данный препарат отсутствовал. Рекомендовано обследование по плану лихорадящего больного, в том числе на тифо-паратифозные заболевания. Учитывая желтуху печеночного генеза, на-

значено обследование на маркеры вирусных гепатитов, зоонозные и паразитарные болезни.

Результаты лабораторного исследования в день поступления. *Общий анализ крови от 23.12.2014 г.: эритроциты – 4,7×10^{12}/л, гемоглобин – 141 г/л, лейкоциты – 4,2×10^{9} /л, гранулоциты – 71,0%, лимфоциты – 21,0%, тромбоциты – 19×10^{9}/л. Общий анализ мочи от 24.12.2013 г.: белок – отр., лейкоциты – отр., желчные пигменты – отр. Биохимический анализ крови: общий белок – 52,1 г/л, мочевина – 7,6 ммоль/л, креатинин – 102,1 ммоль/л, глюкоза ~5,7 ммоль/л, АЛТ – 0,66 мккат/л, общий билирубин – 48,3 мкмоль/л, прямой билирубин – 31,5 мкмоль/л, тимоловая проба – 1,6 Ед. Коагулограмма от 23.12.2013 г.: протромбиновое отношение – 1,13, концентрация фибриногена – 3,0 г/л, время рекальцификации – 120, тромботест – IV, этаноловый тест – отр.*

23.12.2013 г. – обнаружены Pl.vivax – разные стадии развития – кольцевидные, зрелые, трофозоиды (++++).

24.12.2013 г. – обнаружены Pl.vivax – разные стадии развития – кольцевидные, зрелые, трофозоиды (++).

Кровь на толстую каплю, тонкий мазок от 25.12.2013 г. – обнаружены Pl.vivax – трофозоиды ед.в препарате.

Кровь на толстую каплю, тонкий мазок от 26-29.12.2013 г. – Pl.vivax – не обнаружены.

ЭКГ от 24.12.2013 г. Заключение: синусовая тахикардия с ЧСС – 105 в 1 мин. ЭОС горизонтальная. Гипертрофия левого желудочка.

УЗИ от 24.12.2013 г. Заключение: Гепатомегалия. Холецистит. Застойная желчь в пузыре. Диффузные изменения ткани поджелудочной железы. Умеренная спленомегалия.

Из отдела паразитологии Научно-практического центра санитарно-эпидемиологической экспертизы и мониторинга МЗ РК сообщено, что при микроскопическом исследовании толстой капли и тонкого мазка крови больного обнаружены Plasmodium vivax и Plazmoduim malaria. Консилиумом обоснован клинический диагноз: Малярия-микст, вызванная Pl. vivax и Pl.malaria, средней тяжести. Сопутствующий диагноз: Хронический холецистит. Хронический панкреатит.

В динамике лечения при микроскопии толстой капли и тонкого мазка плазмодий от 26.12.2013 г. не обнаружено. Но больного продолжало лихорадить до фебрильных цифр (рис. 2). Основные жалобы на тяжесть в голове, слабость, снижение аппетита. Состояние средней тяжести. Сознание ясное, адекватно отвечает на вопросы. Ориентирован во времени и пространстве. Менингеальных знаков нет. Вялый. Кожные покровы обычной окраски, сыпи нет. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС и пульс 84 ударов в мин., АД 110/70 мм рт.ст. Язык суховат, отечный, с отпечатками зубов по краям, обложен белым налетом. Живот вздут, перкуторно тимпанит, безболезненный, урчание кишечника в правой подвздошной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень верхняя граница 5 ребро, нижняя + 2,0 плотноватая, безболезненная. Пальпируется нижний полюс селезенки безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание самостоятельное, дизурических проявлений нет. Стул жидкий, 3-5 раз без примеси. К лечению подключена антибактериальная терапия ципрофлоксацином в дозе 500 мг 2 раза в день. Температура снизилась до нормы на 9-й день болезни, 5-й день госпитализации и лечения.

Обследование в динамике: Общий анализ крови от 26.12.2014 г.: эритроциты – 4.11×10^{12} /л, гемоглобин – 117 г/л, лейкоциты – 7,6×10^{9} /л, гранулоциты – 57,9%, лимфоциты – 30,4%, тромбоциты – 209×10^{9} /л. Результаты обследования на тифо-паратифозные заболевания, зоонозные инфекции, вирусные гепатиты, ВИЧ-инфекцию были отрицательными.

Больной выписан в удовлетворительном состоянии по настоятельной просьбе с рекомендациями продолжения лечения и диспансеризации на родине – г. Москве (РФ).

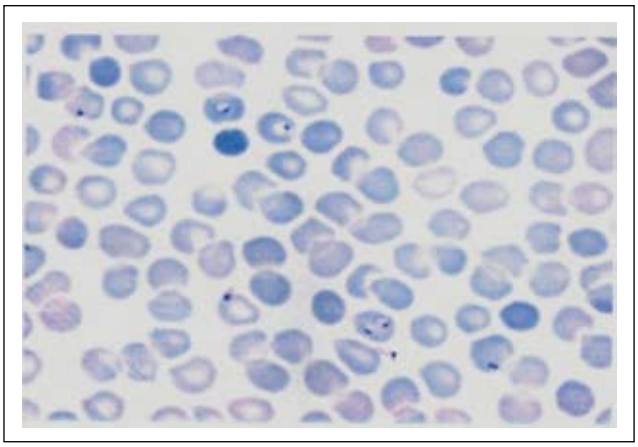

Рисунок 1 – Микроскопия тонкого мазка крови. Pl. vivax (разные стадии развития – кольцевидные, зрелые трофозоиты)

Рисунок 2 – Температурный лист б-го З., 1978 г.р.

Выводы

1. Заболевание протекало с лихорадкой, анемией, гепатоспленомегалией.
2. Отмечалась инициальная лихорадка по типу постоянной в течение 5 дней.
3. Малярия, вызванная Pl. vivax, диагностирована в ГКИБ имени И. Жекеновой.
4. Малярия-микст, вызванная Pl. vivax и Pl.malaria, диагностирована в отделе паразитологии Научно-практического центра санитарно-эпидемиологической экспертизы и мониторинга МЗ РК.

5. Заболевание вызвано делагилчувствительным штаммом Pl.vivax.

6. До выезда и во время пребывания за границей больной не получал химиопрофилактику.

7. Необходимо оснащение лабораторий современными видеомикроскопами с высокой разрешающей способностью, обучение (подготовку и переподготовку) лабораторных работников по клинической паразитологии, повышение настороженности врачей по малярии, особенно при соответствующем эпиданамнезе.

8. Обеспечение инфекционных больниц, особенно г. Алматы и г. Астана, противомалярийными препаратами.

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

А.Қ. ДҮЙСЕНОВА[1], Г.А. ШОПАЕВА[1], А.М. САДЫҚОВА[1], Л.М. ТАСТАНБЕКОВА[2], Т.К. УТАГАНОВА[2], Б.М. ДЖАМПЕИСОВА[2]

[1]С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, Алматы қ.

[2]И.С. Жекенова атындағы Қалалық жұқпалы ауралар ауруханасы, Алматы қ.

АЛМАТЫ ҚАЛАСЫНДАҒЫ СЫРТТАН ЕНГЕН МИКСТ-БЕЗГЕК

Клиникалық және эпидемиологиялық (алдын алу) жағынан қызығушылық білдіретін сырттан енген микст-безгектің мысалын келтіреміз. Ауру қызбамен, анемиямен, гепатоспленомегалиямен байқалған. Бірақ қызбаның түрі тұрақты болды, безгекке тән емес. Зерттегенде қан жағындысында 2 түрлі плазмодии Pl.vivax және Pl.malaria анықталған. Жағдайының орташа ауырлығы бұрын организмнің қоздырғышпен кездесуіне байланысты болуы мүмкін (соңғы 3-4 жылдары науқас Африканың безгек бойынша эндемиялы мемлекеттеріне жиі қатынаған). Шығар алдында және шет елдерінде болған уақыттары химиопрофилактика жүргізілмеген (елемеген). Оған қарамастан ауру делагилге сезімтал Pl.vivax штаммымен шақырылған. Науқас емді өз елінде (Мәскеу қаласы, РФ) жалғастыру үшін қанағаттанарлық жағдаймен ауруханадан шығып кеткен. Айтып кетерлік жағдай, тән эпиданамнезіне қарамастан науқас алдымен терапия бөлімшесіне жатқызылған.

Негізгі сөздер: *безгек, сырттан енген жағдай, химиопрофилактика, делагил.*

S U M M A R Y

A.K. DUISENOVA[1], G.A. SHOPAYEVA[1], A.M. SADYKOVA[1] L.M. TASTANBEKOVA[2], T.K. UTAGANOVA[2], B.M. DZHAMPEISOVA[2]

[1]Kazakh National Medical University n.a. S.D. Asfendiyarov, Almaty c.

[2]City clinical infectious hospital n.a. I.S. Zhekenova, Almaty c.

IMPORTED CASE OF MIXED MALARIA IN ALMATY

In this article we presented the case of the mixed imported malaria. This case is of interest both from clinical and epidemiological (preventive) positions. The disease was characterized by fever, anemia, hepatosplenomegaly. The fever had atypical nature of curve, in the form of permanent type. Two species of Plasmodium – Pl.vivax and Pl.malaria – were identified from the patient's blood film. The course of the disease was attributed to moderate severity, apparently due to the preceding phenomenon of the nature immunization (during last 3-4 years, regularly traveled to malaria-endemic countries in Africa). Patient did not received chemoprophylaxis (he ignored it) before the departure abroad and during staying there. Nevertheless, the disease was caused by the Delagil-sensitive strain of Rl.vivax. The patient was discharged from the infectious hospital in a satisfactory condition for the continued treatment at home-country (Moscow, Russia). It should be noted that the patient was initially hospitalized in the internal medicine department despite of the typical epidemiological anamnesis.

Key words: *malaria, imported case, chemoprophylaxis, delagil.*