

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ
“ВСЕУКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ ІНФЕКЦІОНІСТІВ”
ДВНЗ “ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО МОЗ УКРАЇНИ”

СУЧАСНІ ДІАГНОСТИЧНІ, ЛІКУВАЛЬНІ І ПРОФІЛАКТИЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ У ПРАКТИЦІ ІНФЕКЦІОНІСТА

**Всеукраїнська науково-практична конференція
інфекціоністів і пленум ГО “Всеукраїнська
асоціація інфекціоністів”**

(4-5 жовтня 2018 року, м. Чернівці)

Тернопіль
ТДМУ
Укрмедкнига
2018

УДК 616.9-07 / -08(063)

С 91

Редакційна колегія:

академік НАМН України, заслужений діяч науки і техніки України, проф., д-р мед. н. *М.А. Андрейчин* (відповідальний редактор), проф., д-р мед. н. *Н.А. Васильєва*, проф., заслужений лікар України, д-р мед. н. *О.А. Голубовська*, доц., канд. мед. н. *О.Л. Івахів* (відповідальний секретар), заслужений лікар України, проф., д-р мед. н. *С.О. Крамарьов*, проф., д-р мед. н. *В.П. Малий*, проф., д-р мед. н. *В.Д. Москалюк*, заслужений лікар України, д-р мед. н. *А.О. Руденко*, проф., д-р мед. н. *М.Д. Чемич*.

<i>Г.Ф. Пономаренко</i> АКТУАЛЬНІСТЬ КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ МІКРОФЛОРИ КИШЕЧНИКУ В ДІТЕЙ З АТОПІЧНИМ ДЕРМАТИТОМ.....	78
<i>Н.М. Прикуда, О.М. Крук, А.М. Задорожний</i> КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК СЕПТИЧНОЇ ФОРМИ ЛІСТЕРІОЗУ.....	80
<i>О.Я. Пришляк, М.В. Прокопович, О.П. Бойчук, У.Я. Мазурок</i> УРАЖЕННЯ ПЕЧІНКИ У ДОРΟΣЛИХ ХВОРИХ НА КІР	82
<i>О.В. Прокопів, Н.М. Прикуда, С.А. Лишенюк</i> САЛЬМОНЕЛЬОЗ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ: КЛІНІКО- ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ.....	84
<i>А.Л. Процик, О.Я. Пришляк, О.П. Бойчук, Т.О. Нікіфорова</i> СТАН СИСТЕМИ АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ І СТУПІНЬ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ У ХВОРИХ НА ЛЯМБЛІОЗ ТА АСКАРИДОЗ.....	86
<i>Г.О. Ревенко, О.П. Штепа, В.В. Маврутенков, В.Г. Резвих, О.В. Кузьменко, І.П. Белова, В.В. Долгополова</i> НАПРУЖЕНІСТЬ ІМУНІТЕТУ ПРОТИ ДИФТЕРІЇ НАСЕ- ЛЕННЯ м. ДНІПРА	87
<i>О.В. Рябоконт, О.В. Анікіна, О.В. Царьова, Л.Ю. Сіянова</i> ПЕРШИЙ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ЗД-РЕЖИМУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С	89
<i>О.В. Рябоконт, І.О. Кулеш, О.М. Фірюліна, Ю.Ю. Рябоконт</i> КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА УСКЛАДНЕНЬ КОРУ В ДОРΟΣЛИХ	91
<i>О.В. Рябоконт, Т.Є. Оніщенко, О.М. Фірюліна, В.Г. Савельєв, Ю.Ю. Рябоконт</i> ВИПАДОК ЗАВЕЗЕНОЇ ТРОПІЧНОЇ МАЛЯРІЇ З ЛЕТАЛЬ- НИМ РЕЗУЛЬТАТОМ.....	93
<i>О.В. Рябоконт, О.О. Фурик, О.В. Зарудна, Д.Ю. Рябоконт</i> ДИРОФІЛЯРІОЗ, СПРИЧИНЕНИЙ <i>DIROFILARIA REPENS</i>, У ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА ПЕРІОД 2003-2016 рр.....	95
<i>А.С. Сидорчук, Н.А. Богачик, Я.В. Венгловська, В.Д. Сорохан</i> ЗАСТОСУВАННЯ РЕГІДРАТАЦІЙНОГО РОЗЧИНУ РЕО-ВОДА В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНИЙ САЛЬМОНЕЛЬОЗ	96

О.В. Рябоконт, Т.Є. Оніщенко, О.М. Фірюліна, В.Г. Савельєв,
Ю.Ю. Рябоконт

ВИПАДОК ЗАВЕЗЕНОЇ ТРОПІЧНОЇ МАЛЯРІЇ З ЛЕТАЛЬНИМ РЕЗУЛЬТАТОМ

Медичний університет,
Обласна інфекційна клінічна лікарня, м. Запоріжжя

Актуальність. Малярія є актуальною проблемою для країн, які не ендемічні з цієї інфекції, у зв'язку зі щорічною реєстрацією завезених випадків.

Мета роботи – проаналізувати випадок завезеної тропічної малярії, який мав вкрай важкий перебіг і летальний результат.

Результати та обговорення. Хворий А., 41 рік, надійшов у ВАІТ 10.01.17 р. (6-ий день хвороби) у тяжкому стані зі скаргами на гарячку 39 °С, виражену слабкість, жовтяницю, відсутність апетиту, біль у животі, діарею до 5 разів на добу, спрагу.

За даними епіданамнезу встановлено, що два тижні тому повернувся зі Судану, де був у відрядженні. Пацієнт знав про необхідність проведення хіміопрофілактики, проте препарат не приймав.

За даними анамнезу захворювання відомо, що 05.01.17 р. з'явилися гарячка до 40 °С і різка загальна слабкість. Хворий самостійно зробив *cito test* на малярію, результат був негативним. Приймав жарознижувальні препарати, проте без ефекту, до того ж з'явилася діарея, випорожнення до 6 разів за добу. Після звертання за медичною допомогою 08.01.17 р. був госпіталізований у терапевтичне відділення, діагностовано позалікарняна пневмонія, призначені антибіотики і дезінтоксикаційна терапія. Лікування було неефективним, 10.01.17 р. з'явилася жовтяниця, збільшилася селезінка. При обстеженні: еритроц. $3,4 \times 10^{12}$ /л, Нв 116 г/л, лейкоц. $5,3 \times 10^9$ /л, загальний білірубін 254,8 мкмоль/л (прямої 165), АЛАТ 108,5 ОД, АсАТ 153 ОД, креатинін 223 мкмоль/л, сечовина 18,6 ммоль/л. Виникла підозра на малярію, паразитологічне дослідження виявило трофозоїти *Plasmodium falciparum* 56 000 в 1 мкл.

При надходженні 10.01.17 р. у ВАІТ інфекційного стаціонару стан хворого тяжкий, виражена загальна слабкість, емоційна лабільність, виражена жовтяниця, задишка до 23 за 1 хв., SaO_2

96%, гемодинаміка стабільна, метеоризм, діарея до 6 разів за добу, гепатоспленомегалія, діурез до 2 000 мл зі стимуляцією. У загальному аналізі крові – метамієлоцити 2%, пал. 46%, тромб. 100×10^9 /л; у біохімічному аналізі крові – сечовина 20,7 ммоль/л, креатинін 299,3 мкмоль/л, загальний білірубін 403 мкмоль/л. Розпочато лікування хініном 10 мг/кг внутрішньовенно крапельно кожні 8 год, комбінована антибактерійна терапія цефтриаксоном та азитроміцином внутрішньовенно, преднізолон 1,5 мг/кг/добу, інфузійна терапія, L-орнітину-L-аспартат, ентеросорбенти. На тлі лікування через 6 год відзначено зниження паразитемії до 8 000 в 1 мкл, а наприкінці першої доби лікування до 3 350 в 1 мкл, проте поряд із трофозоїтами різного віку виявлялися шизонти. Незважаючи на стрімке зниження рівня паразитемії швидко прогресували печінкова і ниркова недостатність, тромбоцитопенія до 33×10^9 /л, анемія – Hb 98 г/л. Було введено тромбоконцентрат, плазму.

З 12.01.17 р. стан хворого суттєво погіршився за рахунок прогресування поліорганної недостатності. Пацієнт дуже млявий, з'явилися ознаки печінкової енцефалопатії (білірубін підвищився до 712 мкмоль/л); дихальної недостатності (задишка 30 за 1 хв., SaO₂ 85% без кисню і 95% з киснем), ниркової недостатності (олігурія, сечовина 26,7 ммоль/л, креатинін 440 мкмоль/л), тромбогеморагічного синдрому (ПТІ 56 %) нестабільної гемодинаміки, у зв'язку з чим хворого перевели на ШВЛ. У крові визначалося лише 110 трофозоїтів в 1 мкл, з'явилися гаметоцити 10 на 100 полів зору. У лікуванні з'явилася можливість переведення хворого на артемізинін, проте це вже не мало впливу на перебіг хвороби, хоча в крові виявлялися лише поодинокі трофозоїти. 14.01.17 р. захворювання закінчилося летально.

Висновки. Клінічне спостереження випадку завезеної тропічної малярії демонструє вкрай тяжкий перебіг недуги, що розвинулась у хворого за відсутності хіміопрофілактики. Особливістю цього випадку є розвиток тяжких проявів швидко прогресуючої поліорганної недостатності при мінімальних ознаках церебральної симптоматики, що, незважаючи на стрімке зниження паразитемії на тлі протималярійного лікування, призвело до летального завершення хвороби.