

ПРО ВИПАДОК МІКСТІНФЕКЦІЇ ЛЕПТОСПІРОЗА ТА МАЛЯРІЇ НА ЗАКАРПАТТІ

Когутич А.І, Турянця С.М.

Змішані інфекції досить поширені. Частіше вони виникають в ендемічних зонах, де є можливість на фоні однієї інфекційної хвороби заразитись іншою. При мікстінфекціях ведучим значенням також, як і при моноінфекціях, мають три фактори: властивості збудника (патогенність, вірулентність і т.д.), особливості макроорганізму і соціальні умови. Однак, взаємодія декількох інфекційних агентів з макроорганізмом є складним і якісно новим процесом, який не можна виразити в простій сумачії ознак, що характерні для кожної окремої моноінфекції. Внаслідок цього мікстінфекції треба розглядати як окрему, особливу форму інфекційного процесу. Серед інфекційних хвороб людини на долю мікстінфекцій припадає до 50 % випадків і класичним підтвердженням цього є СНІД, подвійна вірусна дельта-інфекція і т.д. При мікстінфекціях слід завжди чекати важкий перебіг.

Частіше змішані інфекції виникають із спільними механізмами зараження, коли співпадають шляхи проникнення різних патогенних мікроорганізмів в організм людини. Значно рідше виникають мікстінфекційні хвороби з різними механізмами передачі.

Діагностика мікстінфекцій пов'язана із значними проблемами і вимагає комбінованого використання цілого ряду методик. Саме тому, на нашу думку, буде цікаво повідомити Вас про випадок поєднання двох генералізованих інфекцій з різними шляхами або механізмами зараження: малярії та лептоспірозу.

Хворий Б. 1952 р.н., житель обласного центру поступив 24.08.97 р. в 16.30 год. у приймальне відділення УЦМКЛ, доставлений машиною швидкої допомоги з діагнозом: гостра, нижньо-дольова пневмонія, гострий ендокардит під питанням. Скарги хворого при поступленні на загальну слабкість, високу температуру до 40 гр. на протязі 12 днів, задишку, сухий кашель.

Із анамнезу вияснено, що захворів гостро 12 днів тому, коли на фоні повного здоров'я підвищилась температура до 40 гр. Погіршення стану відмічає після приїзду із Північної Осетії, де відпочивав у батьків. Через два дні після приїзду появилися вище згадані скарги. Звернувся за медичною допомогою, однак, проведене лікування ефекту не дало. Стан погіршився, посилилась загальна слабкість, двічі була блювота на висоті температури. При поступленні стан важкий, свідомість збережена, шкіра бліда, синюшна, гаряча, волога на дотик. Периферичні лімфовузли не збільшені. Слизова зіву дещо гіперемована, мигдалики не збільшені, нальотів нема. Язик сухий, обкладений білим нальотом. Менінгеальних знаків немає. Серце-ліва границя зміщена на півтори сантиметри вліво. Діяльність ритмічна, тони глухі. АТ 70/50 рт.ст. Пульс 112 за 1 хв. ритмічний, задовільного наповнення і напруження. В легенях зліва в нижній долі дещо ослаблене везикулярне дихання, хрипів немає. Черевно м'яке, неболюче. Печінка збільшена на 1 см, нижче реберної дуги, поверхня гладка, край заокруглений, неболюча. Селезінка не пальпується. Фізіологічні відправлення в нормі.

При рентгенологічному дослідженні у приймальному відділенні втратив свідомість. По важкості загального стану госпіталізований у блок кардіореанімації. Назначено антибіотики: гентаміцин, ампіцилін, дезінтоксикаційну терапію. Стан дещо покращився. Проконсультований інфекціоністом, взята РМП з лептоспірами.

25.08. в 16.00 знову з'явився озноб, підвищення температури до 40.7 гр. Лице гіперемовано, артеріальний тиск 110/70, пульс 125/хв., задовільних характеристик. 18.00 - після аспірину, анальгіну, димедролу стан дещо покращився, температура знизилась до 40 гр. 20.00 - температура 37.2 гр.

26.08. встановлений діагноз: лептоспіроз, важкий перебіг. РМА з лептоспірами *Grippytyphosa* 1:1600. Назначена відповідна терапія: пеніцилін 2 млн, кожні три години.

27.08. стан дещо покращився. Однак, в 14.30 відмічає підвищення температури 40.8 гр. головні болі, озноб.

28.08. близько 14 години температура знову підвищилася до 40.6 гр. Сильний озноб, кашель, болі в області серця. Цього ж дня відмічено збільшену печінку до 2.5 - 3 см. Проконсультовано кардіологом: діагноз токсично-алергічний міокардит з порушенням провідності (неповна блокада правої ножки пучка Гісса).

29.08. в 14.00 збільшення температури до більше 40гр. У зв'язку з періодичністю підвищення температури, ознобами, особливістю епіданамнезу запідозрена мікстинфекція лептоспіроз з малярією. На висоті температури взята кров на малярію. Водночас до лікування, що складалося із антибіотиків, рибоксина, аскорутину, преднізолону, дезінтоксикації доданий делягіл по 0.25 4 таблетки, через 6 годин 2 таблетки, в подальшому по одній таблетці 2 рази протягом 2 днів.

30-31.08 - стан залишається важким. Різко виражена загальна слабкість, температура підвищується до 39.2 гр., без озноба.

При паразитоскопічному обстеженні товстої краплі виявлено *P.vivax*, уточнений діагноз: лептоспіроз, важкий перебіг (*L.grippytyphosa*), малярія, важкий перебіг (*P.vivax*).

Стан хворого після призначення делягілу пішов на поліпшення.

3.09. стан задовільний, температура 38 гр.

4.09. стан задовільний, температура 36.4 гр.

6.09. температура в межах норми, відмінений антибіотик.

31.10. розпочате радикальне лікування малярії, завершено призначенням 14-денного курсу Примахіна по 15 мг основи на добу.

Повторне паразитоскопічне обстеження товстої краплі малярійного плазмодія не виявлено.

Із лабораторних аналізів слід звернути увагу на динаміку загального аналізу крові. Основні показники на 24.08.97 р.: гемоглобін 133.5 г/л, еритроцитів $4.8 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоцитів 8.10^9 /л, ШОЕ 42 мм/год. Починаючи з 25.08 іде тенденція до анемізації, що максимально виражена 4.09.97 р. гемоглобін 108.5 г/л, еритроцитів 3.48×10^{12} /л, лейкоцитів 9.4×10^9 /л, водночас поступово наростає ШОЕ і досягає 50 мм/год.

Поряд із покращенням загального стану, покращилися і лабораторні показники: загальний аналіз крові на 17.09. - гемоглобін 126 г/л, еритроцитів 4.1×10^{12} /л, лейкоцитів 6.7×10^9 /л, ШОЕ 26 мм/год. У загальному аналізі сечі, не дивлячись на важкий перебіг, як лептоспірозу, так і малярії, не відмічено протеїнурії, жодного разу не зафіксовано наявність циліндрів. Креатинін крові та мочевина мали тенденцію до підвищення при поступленні і нормалізувалися протягом першого тижня перебування у стаціонарі. У гострій фазі хвороби відмічена різка диспротеїнемія. Особливо відмічається гіпермагглобулінемія аж до 35.7%.

Підводячи підсумки слід відмітити:

1. Мікстинфекція малярія - лептоспіроз має важкий перебіг, вони кумують важкість одне одного.

2. Змінюється характер лихоманки. Не має типових для малярії падінь температури до норми нижче 11. На фоні температури 39-39.5 гр. відмічаються свічі аж до 40.7 гр. Після призначення Пеніциліну розмах збільшився від 37.0 - 38.0 до 40.5 гр. - 40.7 гр.

3. При мікстинфекціях радикально змінюється реактивність організму, він нездатний адекватно і послідовно реагувати на два збудники.

ЛІТЕРАТУРА

1. Дранкин Д.И., Годлевская М.В. Лептоспироз. Издательство Саратовского университета, 1988, 272 стр.
2. Ляшенко Ю.И., Иванов А.И. Смешанные инфекции, Л. Медицина, 1989 г.
3. Погодина В.В. К проблемам ассоциаций, ж. Вопросы вирусологии, № 1, 1977, стр. 8.
4. Georges Peter M.D. Red book, Report of Committee of Infections diseases 24 th Edition American of Pediatrics, 1997, 573 p.
5. Herve Dupont, Deborah Dupont-Perdrizet, Jean Luc Perie and al. Leptospirosis: Prognostic Factors Associated with Mortality. Clinical Infectious Diseases. V. 25, №3, September 1997, p. 720-724.
6. Shulman, Phair, Sommers. The Biologic and Clinical Basis of infections diseases. Fourth Edition, 280 p.

SUMMARY

CASE REPORT OF MIXED-INFECTION OF LEPTOSPIROSIS AND MALARIA IN TRANSCARPATHIA

A.I.Kohutich, S.M.Turyanitsa

One case of mixed-infection was reported. The patients had a history of travelling to Caucasian Region and two weeks later developed clinical manifestation of severe disease with high fever, severe headache, myalgia and arthralgia. High fever had no any typical paroxysms, the leptospirosis was suspected and confirmed. Therapy with in ampicillini was begun but the patient's fever did not subside and his condition was still poor. The thick blood film was examined and Plasmodium parasites were determined. Therapy was then changed to oral chloroquine phosphate for 3 days and primaguine phosphate for 14 days. Mixed-infection of Leptospirosis and Malaria has severe and wide-spectrum of clinical manifestation.