

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК МАЛЯРІЇ НА БУКОВИНІ

В.Д. Сорохан, Р.В. Сорохан

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Описано випадок малярії на Буковині у пацієнтки, яка повернулася з відпочинку на одному з островів Занзібару (автономна територія у складі Танзанії), який розташований у тропічній зоні Індійського океану.

Висновки. Наведене спостереження вкотре підтвердило, що малярія належить до хвороб мандрівників. Усі випадки малярії в Україні пов'язані з інфікуванням за кордоном, найчастіше серед мандрівників та іноземних студентів.

Ключові слова:

малярія, клінічний випадок.

Клінічна та експериментальна патологія 2025. Т.24, № 3 (93). С. 82-85.

DOI 10.24061/1727-4338.XXIV.3.93.2025.12

E-mail:
sorohan.vasyl@
bsmu.edu.ua

CLINICAL CASE OF MALARIA IN BUKOVYNA

V.D. Sorokhan, R.V. Sorokhan

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine University»

Key words: malaria, clinical case.

A case of malaria in Bukovyna is described in a patient who returned from a vacation on one of the islands of Zanzibar (a semi-autonomous region of the United Republic of Tanzania), which is located in the tropical zone of the Indian Ocean.

Conclusions. The above observation once again confirmed that malaria is a traveler's disease. All cases of malaria in Ukraine are associated with infection abroad, most often among travelers and foreign students.

Clinical and experimental pathology 2025. Vol. 24, № 3 (93). P. 82-85.

Вступ

Малярія – протозойний антропоноз, що характеризується ураженням печінки, селезінки, еритроцитів, анемією, періодичними нападами гарячки, а також схильністю до рецидивів. Збудники малярії належать до типу найпростіших, класу споровиків, родини Plasmodidae, роду Plasmodium, що передаються комарами роду Anopheles. У людини паразитує п'ять видів малярійного плазмодія: *Plasmodium vivax* – збудник триденної малярії; *Plasmodium malariae* – збудник чотириденної малярії; *Plasmodium falciparum* – збудник тропічної малярії; *Plasmodium ovale* – збудник овале-малярії; *Plasmodium knowlesi* – збудник knowlesi-малярії. Кожний вид має свої морфологічні ознаки [2-5].

За інформацією ВООЗ, у 2022 році в усьому світі зафіксовано 249 млн випадків малярії та 608 тис смертей від малярії у 85 країнах. Африканський регіон несе непропорційно велику частку глобального тягаря малярії. У 2022 році на регіон припадало 94% випадків малярії (233 млн) і 95% (580 тис) випадків смерті від малярії. На чотири африканські країни припадає трохи більше половини всіх смертей від малярії в усьому світі: Нігерія (26,8%), Демократична Республіка Конго (12,3%), Уганда (5,1%) і Мозамбік (4,2%). В Україні в 2022

році зафіксовано 10 таких випадків, а протягом 2024 року в Україні зареєстровано 4 випадки, усі вони були завезені з інших країн. Зазвичай в Україні щороку виявляється близько 20 випадків малярії і близько 10% із них закінчуються летально. Усі випадки пов'язані з інфікуванням за кордоном, найчастіше – серед мандрівників та іноземних студентів. У травні поточного року в Україні зареєстровані три завезені випадки тропічної малярії у мешканців Вінницької, Чернівецької областей та м. Київ. Спільним фактором виникнення є перебування захворілих у Східній Африці, а саме – Республіці Танзанія на острові Занзібар. Острів Занзібар, розташований у тропічній зоні Індійського океану та є частиною Танзанії, має унікальні кліматичні, екологічні та соціальні умови, які створюють сприятливе середовище для поширення численних інфекційних захворювань (Шистосомоз, Гепатит А, Лімфатичний філяріатоз, Лептоспіроз, Гарячка Західного Нілу, Гарячка Чикунгунья, Хвороба Зіка, Сонна хвороба (африканський трипаносомоз), Лейшманіози). Ці захворювання, паразитарні, бактеріальні, вірусні, мають різні шляхи передачі, що ускладнює епідеміологічну ситуацію на острові. Важливо зазначити, що у зв'язку з комплексом цих захворювань з різними шляхами передачі

спостерігається формування їх поєднань, або мікст-інфекцій, що значно ускладнюють клінічну картину, діагностику та лікування. З огляду на схожість симптомів багатьох інфекцій, які сформувались в умовах тропіків, і специфіку місцевих факторів ризику, комплексне діагностично-лабораторне обстеження, що охоплює широкий спектр потенційних збудників, є надзвичайно важливим. Це дає змогу не лише своєчасно і точно ідентифікувати основний збудник, а й виявити можливі супутні інфекції, що впливає на вибір лікувальної тактики та профілактичних заходів [1].

Опис клінічного випадку

Хвора О., 58 років, мешканка м. Чернівців, звернулася за направленням до інфекційного відділення Обласної комунальної неприбуткової установи «Чернівецька обласна клінічна лікарня» 14.05.2025 о 10:30. Оглянута черговим лікарем відділення. Пацієнтка скаржилася на загальну слабкість, втому, лихоманку. Вважала себе хворою з 10.05.2025, коли вперше підвищилася температура тіла до 37,5°C протягом 2 днів із подальшим підвищенням до 40°C. Після прийому бісептолу температура знизилася до 36,7°C. З анамнезу хвороби стало відомо, що хвора нещодавно повернулася з острова Занзібар, де спостерігалися випадки малярії.

Алергоанамнез не обтяжений. Загальний стан хворої на момент огляду середньої тяжкості. Свідомість збережена. Поведінка спокійна. Будова тіла нормостенична. Зріст – 166 см, маса тіла – 75 кг. Життєво важливі показники: артеріальний тиск – 120/70 мм рт. ст., пульс – 96 ударів/хв, частота дихання – 17 рухів/хв, температура тіла 36,4°C, SpO₂ – 97%. Шкіра та видимі слизові оболонки бліді, чисті, висипань та набряків немає. При аускультатії легень вислуховується везикулярне дихання. Тони серця гучні, ритмічні. Язик вологий, чистий. Живіт м'який, не болючий. Печінка пальпується по краю реберної дуги. Селезінка не пальпується. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Діаурез та випорожнення зі слів хворої в нормі. Черговий лікар виставив попередній діагноз (МКХ-10 AM) – J06.9 Гостра інфекція верхніх дихальних шляхів, неуточнена. Призначено план обстеження: загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, аналіз крові на цукор, аналіз крові на RW, біохімічний аналіз крові, коагулограма, аналіз калу на яйця гельмінтів, рентгенографію ОГК. Призначено лікування.

Хвора шпиталізована в інфекційне відділення ОКНП «Чернівецька обласна клінічна лікарня» (медична картка стаціонарного хворого №13472[25]).

У загальному аналізі крові від 14.05.2025: лейкоцити (WBC) – $3.8 \times 10^9/L$, еритроцити (RBC) – $4.68 \times 10^{12}/L$, гемоглобін (HGB) – 148 g/L, гематокрит (HCT) – 43.8 %, середній об'єм еритроцитів (MCV) – 93.4 fL, середній вміст гемоглобіну в еритроциті (MCH) – 31.5 pg, середня концентрація HGB в еритроцитах – (MCHC) – 337 g/L, ширина розподілення тромбоцитів (PDW) – 16.9 %, тромбоцити (PLT) – $59 \times 10^9/L$, середній об'єм тромбоцита (MPV) – 11.9 fL, абсолютна кількість лімфоцитів (Lymph#) – $0.5 \times 10^9/L$, абсолютна

кількість моноцитів/клітин середнього розміру (MONO/Mid/MDX#) – $0.2 \times 10^9/L$, абсолютна кількість гранулоцитів/нейтрофілів (Gran/NEUT#) – $3.1 \times 10^9/L$, відносна кількість моноцитів/клітин середнього розміру (MONO/Mid/MDX %) – 5.9 %, відносна кількість гранулоцитів/нейтрофілів (Gran/NEUT %) – 79.9 %, ширина розподілення еритроцитів (RDW) – 14.3 %, тромбокріт (PCT) – 0.070 %, число великих тромбоцитів (P-LCC) – $25 \times 10^9/L$, відносна кількість великих тромбоцитів (P-LCR) – 42.5 %, кольоровий показник – 0.94, ШОЕ – 60 мм/год.

У біохімічному аналізі крові від 14.05.2025: аланінамінотрансфераза (АлАТ) – 97.7 U/L, аспартатамінотрансфераз (АсАТ) – 93.3 U/L, білірубін загальний – 108.0 $\mu\text{mol}/L$, білірубін прямий – 68.0 $\mu\text{mol}/L$, білірубін непрямий – 40.0 $\mu\text{mol}/L$, креатинін – 68.7 $\mu\text{mol}/L$, сечовина крові – 7.6 mmol/L, глюкоза крові – 5.0 mmol/L, білок загальний – 72.0 g/L.

У коагулограмі від 14.05.2025: протромбіновий індекс, % – 110, активований частковий тромбопластиновий час (АЧТЧ), с – 45, фібриноген, г/л – 4, гематокрит, л/л – 40, д-дімер – 10.3.

14.05.2025 було також здійснено забір біозразків крові пацієнтки для відправки на дослідження фахівцями паразитологічної лабораторії Чернівецького обласного центру контролю та профілактики хвороб.

У загальному аналізі сечі від 15.05.2025: кількість – 80 мл, колір – насичено-жовтий, прозорість – прозора, питома вага – 1.020, реакція (pH) – слабокисла, білок (г/л) – 0.033 g/L, глюкоза (ммоль/л) – не виявлено, лейкоцити – 4-6 в п/з.

У дослідженні калу на яйця гельмінтів від 15.05.2025: яйця гельмінтів не виявлені.

Пацієнтка була консультована завідувачем кафедри інфекційних хвороб та епідеміології, професором Москалюком В.Д., головним позаштатним спеціалістом Чернівецької ОДА, доцентом Рандюком Ю.О. Проводилися спільні огляди лікуючого лікаря та завідувача інфекційного відділення ОКНП «Чернівецька обласна клінічна лікарня» Миндреску В.Б.

Пацієнтці призначено лікування: р-н Рінгера, глутаргін, фіз. розчин, реосорбілакт, аскорбінова кислота, стерофундин інфульган, фолієва кислота.

16.05.2025 фахівці паразитологічної лабораторії Чернівецького обласного центру контролю та профілактики підтвердили діагноз і встановили вид збудника – малярія «*Plasmodium falciparum*». У подальшому цей висновок підтверджено в секторі паразитологічних досліджень референс-лабораторії діагностики туберкульозу, бактеріологічних, паразитологічних та особливо небезпечних патогенів ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України».

Пацієнтці був виставлений діагноз: (МКХ-10 AM) – B50.8 Інші тяжкі та ускладнені форми малярії, спричиненої *Plasmodium falciparum*.

До листка призначень був долучений протималярійний препарат Coartem (Artemether/Lumefantrine 20 mg/120 mg) за схемою: по 4 таблетки артеметер/люмефантрин (20мг/120мг)

РО двічі на добу протягом 3 діб,

загалом 24 таблетки на курс лікування. Розрахунок потреби в комбінованому лікарському засобі з діючими речовинами артеметер/люмефантрин (20мг/120мг) виконано відповідно до «Методичних рекомендації планування та розрахунку потреби у лікарських засобах для хворих на інфекційні захворювання, що супроводжуються високим рівнем летальності», Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 09 квітня 2025 року № 620).

Упродовж перших 2 діб перебування в стаціонарі інфекційного відділення ОКНП «Чернівецька обласна клінічна лікарня» стан пацієнтки залишався без змін із тенденцією до погіршення.

У біохімічному аналізі крові від 16.05.2025: аланінамінотрансфераза (АлАТ) – 78.8 U/L, аспартатамінотрансфераза (АсАТ) – 56.9 U/L, білірубін загальний – 163.08 $\mu\text{mol/L}$, білірубін прямий – 122.60 $\mu\text{mol/L}$, креатинін – 69.8 $\mu\text{mol/L}$, сечовина крові – 8.0 mmol/L, глюкоза крові – 8.1 mmol/L, білок загальний – 59.0 g/L.

У загальному аналізі крові від 19.06.2025: лейкоцити (WBC) – $6.8 \times 10^9/\text{L}$, еритроцити (RBC) – $3.18 \times 10^{12}/\text{L}$, гемоглобін (HGB) – 102 g/L, гематокрит (HCT) – 28.8 %, середній об'єм еритроцитів (MCV) – 90.5 fL, середній вміст гемоглобіну в еритроциті (MCH) – 32.0 pg, середня концентрація HGB в еритроцитах (MCHC) – 353 g/L, ширина розподілення тромбоцитів (PDW) – 17.2 %, тромбоцити (PLT) – $113 \times 10^9/\text{L}$, середній об'єм тромбоцита (MPV) – 11.6 fL, абсолютна кількість лімфоцитів (Lymph) – $1.6 \times 10^9/\text{L}$, абсолютна кількість моноцитів/клітин середнього розміру (MONO/Mid/MDX) – $0.3 \times 10^9/\text{L}$, абсолютна кількість гранулоцитів/нейтрофілів (Gran/NEUT) – $4.9 \times 10^9/\text{L}$, відносна кількість моноцитів/клітин середнього розміру (MONO/Mid/MDX %) – 4.7 %, відносна кількість гранулоцитів/нейтрофілів (Gran/NEUT %) – 71.8 %, ширина розподілення еритроцитів (RDW) – 14.3 %, тромбокрит (PCT) – 0.131 %, число великих тромбоцитів (P-LCC) – $44 \times 10^9/\text{L}$, відносна кількість великих тромбоцитів (P-LCR) – 38.7 %, кольоровий показник – 0.96.

Починаючи з 5-ї доби лікування в стаціонарі стан хворої покращився. У біохімічному аналізі крові від 20.05.2025: аланінамінотрансфераза (АлАТ) – 173.7 U/L, аспартатамінотрансфераза (АсАТ) – 200.0 U/L, білірубін загальний – 75.1 $\mu\text{mol/L}$, білірубін прямий – 40.0 $\mu\text{mol/L}$, білірубін непрямої – 35.1 $\mu\text{mol/L}$, креатинін – 70.0 $\mu\text{mol/L}$, сечовина крові – 2.8 mmol/L, глюкоза крові – 5.9 mmol/L, білок загальний – 67.7 g/L.

У біохімічному аналізі крові від 22.05.2025: аланінамінотрансфераза (АлАТ) – 105.8 U/L, аспартатамінотрансфераза (АсАТ) – 110.0 U/L, білірубін загальний – 35.5 $\mu\text{mol/L}$, білірубін прямий – 20.0 $\mu\text{mol/L}$, білірубін непрямої – 15.5 $\mu\text{mol/L}$, креатинін – 84.4 $\mu\text{mol/L}$, сечовина крові – 3.3 mmol/L, глюкоза крові – 6.0 mmol/L, білок загальний – 68.4 g/L.

У загальному аналізі крові від 22.05.2025: лейкоцити (WBC) – $6.8 \times 10^9/\text{L}$, еритроцити (RBC) –

$3.3 \times 10^{12}/\text{L}$, тромбоцити (PLT) – $281 \times 10^9/\text{L}$, відносна кількість лімфоцитів (Lymph %) – 41 %, відносна кількість моноцитів/клітин середнього розміру (MONO/Mid/MDX %) – 9.0 %, кольоровий показник – 0.91, ШОЕ – 60 мм/год.

У біохімічному аналізі крові від 29.05.2025: аланінамінотрансфераза (АлАТ) – 26.7 U/L, аспартатамінотрансфераза (АсАТ) – 64.0 U/L, білірубін загальний – 46.0 $\mu\text{mol/L}$, білірубін прямий – 16.0 $\mu\text{mol/L}$, білірубін непрямої – 36.0 $\mu\text{mol/L}$, креатинін – 76.7 $\mu\text{mol/L}$, сечовина крові – 6.4 mmol/L, глюкоза крові – 8.9 mmol/L, білок загальний – 79.2 g/L.

У біохімічному аналізі крові від 03.06.2025: аланінамінотрансфераза (АлАТ) – 20.0 U/L, аспартатамінотрансфераза (АсАТ) – 18.7 U/L, білірубін загальний – 24.0 $\mu\text{mol/L}$, білірубін прямий – 14.0 $\mu\text{mol/L}$, білірубін непрямої – 10.0 $\mu\text{mol/L}$, креатинін – 86.7 $\mu\text{mol/L}$, сечовина крові – 4.3 mmol/L, глюкоза крові – 5.7 mmol/L, білок загальний – 70.0 g/L.

Слід зауважити, що після отримання підтвердження випадку малярії від фахівців паразитологічної лабораторії Чернівецького обласного центру контролю та профілактики та розпочатого лікування протималярійним препаратом ще 4 рази був проведений аналіз крові на малярійний плазмодій (19.05.2025, 22.05.2025, 28.05.2025, 31.05.2025). Малярійного плазмодію в цих біозразках не виявлено.

На 21-шу добу перебування у лікарні (04.06.2025) після стабілізації загального стану, значного покращення лабораторних показників загальноклінічних, специфічних аналізів та після отримання чотирьох негативних результатів дослідження крові на виявлення малярійних плазмодіїв хвору виписали додому. Рекомендовано амбулаторне спостереження.

Висновок. Наведене спостереження вкотре підтвердило, що малярія належить до хвороб мандрівників. Усі випадки малярії в Україні пов'язані з інфікуванням за кордоном, найчастіше серед мандрівників та іноземних студентів.

Список літератури

1. Вінницький обласний ЦКПХ. Підтверджено випадок малярії на Вінниччині [Інтернет]. Вінниця; 2025[цитовано 2025 Жов 15]. Доступно: <https://vn.cdc.gov.ua/article/pidtvverdzheno-vypadok-malyariyi-na-vinnychchyni/>
2. Бойко ЮІ, Москалюк ВД, Андрушак МО, Соколенко МО, Голяр ОІ. Випадок завізної тропічної малярії на Буковині. Інфекційні хвороби. 2017;1:76-9. doi: 10.11603/1681-2727.2017.1.7789
3. Малий ВП, Боднар ЯЯ, Губіна-Вакулік ГІ, Гололобова ОВ, Абду Ж. Випадок завезеної тропічної малярії з летальним наслідком: патоморфологічні зміни. Інфекційні хвороби. 2014;4:83-8.
4. Єршова ІБ, Осипова ТФ, Мочалова ГО, Калапапа ГО. Малярія (клінічна лекція). Актуальна інфектологія. 2014;2:50-62.
5. Хомутянська НІ, Фролов ВМ. Малярія: клініко-епідеміологічна характеристика в сучасних умовах, діагностика, лікування, профілактика (клінічна лекція). Український медичний альманах. 2012;15(3):216-21.

References

1. Vinnyts'kyi oblasnyi TsKPKh. Pidtverdzheno vypadok maliarii na Vinnychchyni [A case of malaria has been confirmed in Vinnytsia region] [Internet]. Vinnytsia; 2025[tsytovano 2025 Zhov 15]. Dostupno: <https://vn.cdc.gov.ua/article/pidtverdzheno-vypadok-malyariyi-na-vinnychchyni/> (in Ukrainian)
2. Boyko YI, Moskaliuk VD, Andrushchak MO, Sokolenko MO, Holiar OI. Vypadok zaviznoi tropichnoi maliarii na Bukovyni [Case of imported falciparum malaria in Bukovyna]. Infektsiyni khvoroby. 2017;1:76-9. doi: 10.11603/1681-2727.2017.1.7789 (in Ukrainian)
3. Maly VP, Bodnar YaYa, Hubina-Vakulik HI, Hololobova OV, Abdou J. Vypadok zavezenoi tropichnoi maliarii z letal'nym naslidkom: patomorfologichni zminy [Case of imported falciparum malaria with a fatal outcome]. Infektsiyni khvoroby. 2014;4:83-8. (in Ukrainian)
4. Yershova IB, Osypova TF, Mochalova HO, Kalapapa HO. Maliariia (klinichna lektsiia) [Malaria (clinical lecture)]. Aktual'na infektsiologia. 2014;2:50-62. (in Ukrainian)
5. Khomutians'ka NI, Frolov VM. Maliariia: kliniko-epidemiologichna kharakterystyka v suchasnykh umovakh, diahnozyka, likuvannia, profilaktyka (klinichna lektsiia) [Malaria: clinical and epidemiological characteristics in modern conditions, diagnostics, treatment, prevention (clinical lecture)]. Ukrains'kyi medychnyi al'manakh. 2012;15(3):216-21. (in Ukrainian)

Відомості про авторів:

Сорохан В.Д. – к.мед.н, доцент кафедри інфекційних хвороб та епідеміології Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці, Україна.

E-mail: sorokhan.vasyl@bsmu.edu.ua

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6329-124>

Сорохан Р.В. – студент 1-го курсу Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці, Україна.

E-mail: sorokhan.roman.med@bsmu.edu.ua

ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0003-3875-1619>

Information about author:

Sorokhan V.D. – PhD (Medicine), Associate Professor of the Department of Internal Medicine and Infectious Diseases, Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine.

E-mail: sorokhan.vasyl@bsmu.edu.ua

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6329-124>

Sorokhan R.V. – student of first year, Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine.

E-mail: sorokhan.roman.med@bsmu.edu.ua

ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0003-3875-1619>

Дата першого надходження рукопису до видання: 11.08.2025

Дата прийнятого до друку рукопису після рецензування: 22.08.2025

Дата публікації: 30.09.2025

© В.Д. Сорохан, Р.В. Сорохан

