

Vilniaus universitetas
Medicinos fakultetas

A decorative graphic consisting of four triangles: a solid black triangle pointing up at the top center, a solid grey triangle pointing down at the top right, a solid grey triangle pointing up at the bottom left, and a solid grey triangle pointing up at the bottom right.

**STUDENTŲ
MOKSLINĖS VEIKLOS
LXXV
KONFERENCIJA**

Vilnius, 2023 m. gegužės 15–19 d.
PRANEŠIMŲ TEZĖS

*Leidinį sudarė VU MF Mokslo specialistė
dr. Simona KILDIENĖ*

Mokslo komitetas:

Prof. dr. (HP) Janina Tutkuvienė
Doc. dr. Agnė Kirkliauskienė
Prof. dr. Vaiva Hendrixson
Doc. dr. Jurgita Stasiūnienė
Prof. dr. Nomedas Rima Valevičienė
Prof. dr. Eglė Preikšaitienė
Dr. Diana Bužinskienė
Prof. dr. (HP) Saulius Vosylius
Doc. dr. Saulius Galgauskas
Prof. dr. Eugenijus Lesinskas
Doc. dr. Valdemaras Jotautas
Prof. habil. dr. (HP) Gintautas Brimas

Dr. Ieva Stundienė
Prof. dr. Marius Miglinas
Doc. dr. Birutė Zablockienė
Inga Kisielienė
Prof. dr. Violeta Kvedarienė
Dr. Žymantas Jagelavičius
Prof. dr. (HP) Edvardas Danila
Doc. dr. Kristina Ryliškienė
Dr. Gunaras Terbetas
Prof. dr. Alvydas Navickas
Doc. dr. Rima Viliūnienė
Prof. dr. Sigita Lesinskienė

Doc. dr. Sigitas Ryliškis
Doc. dr. Vytautas Tutkus
Dr. Danutė Povilėnaitė
Doc. dr. Sigita Burokienė
Dr. Agnė Abraitienė
Prof. dr. Pranas Šerpytis
Prof. dr. Robertas Stasys Samalavičius
Prof. dr. Vilma Brukienė
Dr. Agnė Jakavonytė-Akstinienė
Doc. dr. Marija Jakubauskienė

Organizacinis komitetas:

Martyna Sveikataitė
Rafal Sinkevič
Gintarė Zarembaitė
Alicija Krasavceva
Karina Mickevičiūtė
Jogailė Gudaitė
Emilis Gegeckas
Auksė Ramaškevičiūtė
Tautvydas Petkus
Kristina Marcinkevičiūtė
Melita Virpšaitė

Gabrielė Lissauskaitė
Rosita Reivytytė
Kamilė Čeponytė
Šarūnas Raudonis
Monika Rimdeikaitė
Inga Česnavičiūtė
Tadas Abartis
Rūta Bleifertaitė
Kristijonas Puteikis
Saulius Ročka
Paulius Montvila

Agnė Timofejevaitė
Augustė Lapinskaitė
Emilis Šostak
Gratas Šepetyš
Gediminas Gumbis
Erika Ališauskienė
Indrė Urbaitė
Miglė Vilniškytė
Urtė Smailytė
Gabriela Šimkonytė
Julija Bitautaitė

ISSN 2783-7831 (skaitmeninis PDF)

© Tezių autoriai, 2023

© Vilniaus universitetas, 2023

ĮVEŽTINĖS SUNKIOS TROPINĖS MALIARIJOS KLINIKINIS ATVEJIS IR LITERATŪROS APŽVALGA

Darbo autorius. Tadas ALČAUSKAS (IV kursas).

Darbo vadovas. Jaun. mokslo darbuotojas dokt. Vaidas VICKA, VU MF Klinikinės medicinos institutas, Anesteziologijos ir reanimatologijos klinika.

Įvadas. Maliarija yra endeminė tropinio klimato juostos šalių infekcinė liga, sukeliama *Plasmodium* genties pirmuonių. Tropinę maliariją sukelia *P. falciparum*. Užsikrečiama įsisiurbus moskitui. Ligos inkubacinis ligos periodas 7–30 d. Dažniausiai susergama lengva forma, pasireiškiančia bendru silpnumu, paroksizminiu karščiavimu, gelta, splenomegalija ir anemija. Ligos forma laikoma sunkia, kai išsivysto sąmonės sutrikimas, išsekimas, traukuliai, acidozė, hipoglikemija, inkstų funkcijos nepakankamumas (IFN), plaučių edema, kraujavimas, šokas arba yra hiperparazitacija (> 10 proc.). Lietuvoje 2012–2022 m. užregistruoti 58 maliarijos atvejai. Trys ligoniai, kurie sirgo tropine maliarija, mirė. Šiame darbe pristatomas įvežtinės sunkios tropinės maliarijos klinikinis atvejis.

Klinikinis atvejis. 60 m. vyras GMP pristatytas į Kupiškio ligoninę dėl bendro silpnumo, vangumo ir karščiavimo. Pirmieji simptomai pasireiškė prieš 5 d., kai temperatūra pakilo iki 39°C. Pacientas gydėsi antipiretikais, tačiau pastarieji buvo neefektyvūs. Išsiaiškinta, jog prieš 15 d. pacientas grįžo iš Zanzibaro (Tanzanija), kur lankėsi 10 d. Chemoprofilaktikos prieš maliariją nevartojo. Dėl progresuojančios somnolencijos pacientas tą pačią dieną pervežtas į Respublikinę Panevėžio ligoninę. Atvykus AKS 106/69 mmHg, ŠSD 101 k/min, temperatūra 39,2°C, SpO₂ 98 proc., KD 20 k/min. Odoje ir sklerosose stebima gelta. Bendrame kraujo tyrime ženkli trombocitopenija ($13 \times 10^9/l$, norma $150-380 \times 10^9/l$). Biocheminiame kraujo tyrime – C reaktyvus baltymo konc. 201,8 mg/l (norma 0-5 mg/l), prokalcitonino 22 µg/l (norma 0-0,5 µg/l), kreatinino 258,8 µmol/l (norma 72-127 µmol/l), bendro bilirubino 62,9 µmol/l (norma 5-21 µmol/l), alaninaminotransferazės ir aspartataminotransferazės atitinkamai 166,1 ir 120,5 U/l (norma 0-40 U/l). 6 d. nuo simptomų atsiradimo atliktas maliarijos antigeno tyrimas ir storo kraujo lašo mikroskopija, kurie patvirtino maliarijos diagnozę. Pacientui pradėtas priešmaliarinis gydymas peroraliniu atovakvonu ir progvanilio chloridu (250mg/100mg) 4k./dieną. Tą pačią dieną dėl progresuojančio inkstų ir kepenų funkcijos nepakankamumo pacientas transportuotas į Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų III Intensyvios terapijos skyriaus Infekcinių ligų poskyrį. Atvykus – būklė sunki, GKS 14 (A4,K4,M6), hemodinamika nestabili, AKS 80/60 mmHg, ŠSD 115 k/min, pradėta noradrenalino infuzija 0,1 mcg/kg/min greičiu. APACHE II skaičiuokle prognozuojama mirtingumo rizika 41 proc. Diurezė pastarąją parą siekė 0,2 ml/kg/val, nustatytas ūminis inkstų pažeidimas. Įvestas šlapimo pūslės kateteris, taip pat centrinės

venos ir hemodializės kateteriai, numatant pakaitinės inkstų terapijos (PIT) poreikį per artimiausias 48 val. Pradėta eritrocitų masės (EM) ir trombocitų transfuzija bei intraveninis antimaliarinis gydymas artesunatu 2,4 mg/kg kas 12 val. 7 d. nuo simptomų pradžios nustatyta 60 proc. parazitēmija, sunki hemolizė. Dėl išsivysčiusios anurijos, uremijos ir metabolinės acidozės pradėta PIT. 10 d. nuo kreipimosi išryškėjo kvėpavimo nepakankamumas, pacientas seduoatas ir intubuotas, pradėta dirbtinė plaučių ventiliacija (DPV). 12 d. nuo kreipimosi būklė išliko sunki, hemodinamika palaikoma vazopresoriais, tęsta PIT, DPV, progresavo hepatorenalinis sindromas. Parazitēmijos laipsnis sumažėjo (2 proc.), tačiau siekiant sumažinti dar daugiau atlikta eritrocitoafezė, pašalinta 2000 ml eritrocitų, perpilta tapačios kraujo grupės 7 vnt. EM. 15 d. nuo kreipimosi nutrauktas artesunato kursas, parazitēmija 0 proc. Visą laikotarpį iki 18 d. nuo susirgimo paciento būklė išliko sunki, tačiau palaipsiui mažėjo uždegiminiai rodikliai, išnyko vazopresorių poreikis, regresavo hemolizė. Minėtą dieną nutraukta sedacija, pacientas ekstubuotas. 19 d. nuo susirgimo pradėta paciento rehabilitacija, tačiau išliekant aukštiesiems ureminiams rodikliams iki 22 d. tęsta intermituojanti PIT. Iš ITS pacientas į infekcinių ligų skyrių perkeltas praėjus 29 d. nuo susirgimo. Skyriuje pacientas praleido dar 9 d., kol regresavo IFN, sukoreguota netransfuzinio lygio anemija. Galiausiai pacientas išrašytas ambulatoriškai reabilituotis.

Išvados. Klinikinis atvejis iliustruoja sunkią tropinės maliarijos formą, kuriai gydyti prireikė ne tik antimaliarinio gydymo intraveniniu artesunatu, tačiau ir gyvybines funkcijas palaikančių intervencijų: hemodinamikos medikamentinio palaikymo, DPV, PIT. Atvejuje taip pat atsispindi sisteminių maliarijos komplikacijų – hemolizės indukuoto hepatorenalinio sindromo, ūmaus respiracinio distreso sindromo – regresija, sukontroliavus parazitēmijos sąlygotą hemolizę.

Raktažodžiai. DPV; intensyvioji terapija; maliarija; PIT.