

# Клінічний випадок лихоманки Західного Нілу у мешканця Одеської області

Т.В. Чабан<sup>1</sup>, О.М. Усиченко<sup>1</sup>, К.М. Усиченко<sup>1</sup>, В.А. Гудзь<sup>1</sup>, С.Я. Лаврюкова<sup>2</sup>, Н.С. Пастерначенко<sup>2</sup>, В.Є. Мацюк<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

<sup>2</sup>Комунальне некомерційне підприємство «Одеська міська клінічна інфекційна лікарня» Одеської міської ради, Одеса, Україна

**Анотація.** Лихоманка Західного Нілу — одне із захворювань, на яке поширюються міжнародні медико-санітарні правила. Збудник характеризується високою мінливістю та різноманітністю геному. Резервуаром та джерелом інфекції є різні види птахів, у тому числі мігруючих. Саме з цим пов'язано виникнення спалахів захворювання. Клінічна картина не має суттєвих відмінностей, характеризується поліморфізмом симптомів. На сьогодні ефективні засоби етіотропного лікування та специфічної профілактики не розроблені. Описаний випадок підкреслює актуальність вивчення захворювання для України та необхідність проведення диференційної діагностики у разі розвитку менінгоенцефаліту невідомої етіології.

**Ключові слова:** лихоманка Західного Нілу, менінгоенцефаліт.

## Вступ

Актуальність проблеми вивчення випадків лихоманки Західного Нілу в Україні пов'язана з тим, що вона внесена до переліку хвороб, на які поширюються міжнародні медико-санітарні правила згідно з рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я [1].

Лихоманка Західного Нілу — природно-осередковий трансмісивний зооноз. Основний резервуар інфекції — 17 видів диких, домашніх та міських птиць. Механізм зараження реалізується за допомогою комах роду *Aedes* та *Culex* [2].

Вперше захворювання описане в 1962 р. у Франції. Великі спалахи лихоманки Західного Нілу відмічали в Південно-Африканській Республіці (1974), Румунії (1996), Чехії (1997), США та Ізраїлі (2000) [3, 4].

Збудник лихоманки Західного Нілу характеризується високою здібністю до мутації геному. Штами, виділені у 2000 р., відрізняються від тих, що ідентифіковані в попередніх спалахах [5, 6].

Випадки лихоманки Західного Нілу реєструють у країнах Європи, Африки, в Єгипті, Індії, Індонезії. У період 2011–2013 рр. в Україні зареєстровано 46 випадків захворювання. Найбільший спалах лихоманки Західного Нілу зафіксовано у 2018 р. В Європі зареєстровано >400 випадків лихоманки Західного Нілу, 27 з яких з летальним наслідком. До країн, де виявлена найбільша кількість випадків захворювання, входять Сербія (126 випадків), Італія (123), Греція (75), Угорщина (39) та Румунія (31). В Ізраїлі захворіли 68 осіб, 2 з них померли [1].

У 2021 р. в Україні зареєстровано 5 випадків захворювання. До природних осередків лихоманки Західного Нілу в Україні належать території Північно-Західного Причорномор'я (Одеська, Миколаївська, Херсонська області), а також східні та західні області [2, 3].

На даний час немає єдиної класифікації лихоманки Західного Нілу. Найчастіше виділяють лихоманкову (без органічних уражень центральної нервової системи), менінгеальну, енцефалітичну, субклінічну та інапарантну форму. Перебіг лихоманки Західного Нілу характеризується певною низкою ускладнень, серед яких найчастіше розвивається набряк — набухання головного мозку. Крім того, описані випадки тяжкого гепатиту та геморагічного синдрому [4].

Застосування сучасних противірусних засобів суттєво не впливає на перебіг лихоманки Західного Нілу, тобто на сьогодні немає ефективних засобів етіотропної терапії. Тільки загальноприйняті засоби патогенетичної терапії можуть бути застосовані в лікуванні хворих [7–10].

## Клінічний випадок

Нижче наводимо короткий опис випадку лихоманки Західного Нілу у мешканця Одеської обл. у 2007 р.

Хворий П., 53 роки. Госпіталізований до інфекційної лікарні на 7-й день хвороби в тяжкому стані. Свідомість пригнічена за типом сопору. На зовнішні подразники реагував мляво, на запитання відповідав однозначно, швидко виснажувався.

Хворий правильної статури, підвищеного харчування. Під час огляду: температура тіла 37,5 °С, шкірні покриви бліді; висипу, ціанозу немає. Периферичні лімфовузли не пальпуються. Слизова оболонка ротоглотки помірно гіперемована, нальоту на мигдаликах немає. Тони серця приглушені, пульс ритмічний, слабкого наповнення. При перкусії легень — ясний легеневий звук, при аускультатії — дихання жорстке, хрипів немає. Живіт бере участь в акті дихання, симптомів подразнення очеревини немає. Печінка виступає з-під реберної дуги на 1 см, край заокруглений. Менінгеальні знаки різко позитивні: ригідність потиличних м'язів, симптом Брудзінського верхньої, симптом Керніга праворуч та ліворуч. Зниження сухожильних рефлексів, зниження м'язової сили в руках та ногах.

Попередній діагноз: «Менінгоенцефаліт нез'ясованої етіології». За словами родичів, захворів близько 1 тиж тому, коли підвищилася температура тіла, з'явився головний біль. Приймав жарознижувальні препарати — без суттєвого ефекту, стан не покращувався. У день госпіталізації головний біль значно посилювався, мало місце одноразове блювання. Раптом знепритомнів, після чого відзначалися порушення координації рухів, слабкість у руках та ногах.

Хворий — мешканець м. Білгород-Дністровський (Одеська обл.), проживає у приватному будинку. На прибудинковій території є сільськогосподарські тварини (корова, свині) та численні свійські птахи (гуси, кури). До хвороби працював водієм. За межі України не виїжджав.

При лабораторному обстеженні виявлено помірні зміни периферичної крові та ліквору. Загальний аналіз крові:

незначна лейкопенія, зсув лейкоцитарної формули вправо. Спинномозкова рідина безбарвна, прозора, домішок та плівки немає, цитоз 364 клітини, лімфоцитів 70%, нейтрофілів 30%, реакція Панді ++, глюкоза 2,4 ммоль/л.

Отримував дезінтоксикаційну, протинабрякову терапію, ноотропні препарати. Протягом 3 тиж на фоні проведеної терапії стан хворого покращився, відмічені санація спинномозкової рідини та нормалізація загального аналізу крові. Залишилися прояви астеновегетативного синдрому.

Виписаний з покращенням під нагляд лікаря-невропатолога за місцем проживання.

Зразок спинномозкової рідини направлений у лабораторію особливо небезпечних інфекцій для дослідження на віруси та антитіла до них. Виявлено імуноглобулін М до вірусу лихоманки Західного Нілу.

Встановлено діагноз: «Лихоманка Західного Нілу, енцефалітична форма».

Зроблено припущення, що перелітні птахи, які мігрують на територію України з країн Африки, стали переносником вірусу лихоманки Західного Нілу, заразили свійську птицю. Зараження пацієнта, найімовірніше, відбулося в процесі догляду за свійськими птахами.

## Висновок

Наведений опис клінічного випадку лихоманки Західного Нілу демонструє поліморфність клінічної симптоматики, відсутність чітких критеріїв для встановлення правильного попереднього діагнозу.

Україна є одним зі шляхів міграції певних видів птахів, тому виникає необхідність проведення диференційної діагностики лихоманки Західного Нілу з менінгоенцефалітом іншої етіології.

## Список використаної літератури

1. [www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/west-nile-virus](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/west-nile-virus).
2. Гарячка Західного Нілу. Центр громадського здоров'я МОЗ України.
3. Голубовська О.А. (ред.) (2018) Інфекційні хвороби: підручник. ВСВ «Медицина», Київ, 688 с.

## Відомості про авторів:

Чабан Тетяна Володимирівна — доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри інфекційних хвороб Одеського національного медичного університету, Одеса, Україна.

Усиченко Олена Михайлівна — кандидат медичних наук, доцент кафедри інфекційних хвороб Одеського національного медичного університету, Одеса, Україна.

Усиченко Катерина Миколаївна — кандидат медичних наук, доцент кафедри інфекційних хвороб Одеського національного медичного університету, Одеса, Україна.

Гудзь Валентин Андрійович — кандидат медичних наук, асистент кафедри інфекційних хвороб Одеського національного медичного університету, Одеса, Україна.

Лаврюкова Світлана Яківна — медичний директор Комунального некомерційного підприємства «Міська клінічна інфекційна лікарня» Одеської міської ради, Одеса, Україна.

Пастерначенко Наталя Семенівна — заступник медичного директора Комунального некомерційного підприємства «Міська клінічна інфекційна лікарня» Одеської міської ради, Одеса, Україна.

Мацюк Валентина Євгенівна — завідувач відділення Комунального некомерційного підприємства «Міська клінічна інфекційна лікарня» Одеської міської ради, Одеса, Україна.

## Адреса для кореспонденції:

Усиченко Катерина Миколаївна  
E-mail: [usichenko2006@gmail.com](mailto:usichenko2006@gmail.com)

4. Козько В.М., Соломенник Г.О., Юрко К.В. (2019) Тропічні хвороби: навч. посіб. ВСВ «Медицина», Київ, 384 с.
5. Виноград Н.О., Юрченко О.О., Дубіна Д.О. (2013) Арбовірусні інфекції Північно-Західного Причорномор'я. Інфекційні хвороби, 3: 5–9.
6. Виноград Н.О., Васишин З.П., Козак Л.П. (2014) Спеціальна епідеміологія: навч. посібник. ВСВ «Медицина», Київ, 9–23 с.
7. Козько В.М., Бондаренко А.В., Могилинець О.І., Бондар О.Є. (2013) Лихоманка Західного Нілу. Актуальна інфектологія, 1(1): 129–133.
8. Harrigan R.J., Thomassen H.A., Buermann W., Smith T.B. (2014) A continental risk assessment of West Nile virus under climate change. *Glob. Chang. Biol.*, 20(8): 2417–2425.
9. Beaud A., La D., Sutherland L.J., Muiruri S. (2011) Arbovirus prevalence in mosquitoes, Kenya. *Emerg. Infect. Dis.*, 17(2): 233–241.
10. Arnold C. (2012) West Nile virus bites back. *Lancet*, 11(12): 1023–1024.

## A clinical case of West Nile fever in a resident of Odessa region

T.V. Chaban<sup>1</sup>, O.M. Usychenko<sup>1</sup>, K.M. Usychenko<sup>1</sup>, V.A. Gudzy<sup>1</sup>, S.Ya. Lavryukova<sup>2</sup>, N.S. Pasternachenko<sup>2</sup>, V.Ye. Matsyuk<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

<sup>2</sup>Communal Non-Commercial Enterprise «Odessa City Clinical Infectious Disease Hospital» of the Odessa City Council, Odessa, Ukraine

**Abstract.** West Nile fever is one of the diseases covered by international health regulations. The causative agent is characterized by high variability and diversity of the genome. The reservoir and source of infection are various species of birds, including migratory ones. This is what causes outbreaks of this disease. There are no significant differences in the clinical picture, it is characterized by the polymorphism of the symptoms. Currently, effective means of etiologic treatment and specific prevention have not been developed. The described case emphasizes the relevance of studying the disease for Ukraine and the need for differential diagnosis in case of development of meningoencephalitis of unknown etiology.

**Key words:** West Nile fever, meningoencephalitis.

## Information about authors:

Chaban Tetyana V. — Doctor of medical sciences, Professor, Head of the Department of Infectious Diseases of Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine.

Usychenko Olena M. — Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Infectious Diseases, Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine.

Usychenko Kateryna M. — Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Infectious Diseases, Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine.

Gudzy Valentyn A. — Candidate of medical sciences, Assistant professor of infectious diseases of the Department of Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine.

Lavryukova Svitlana Ya. — Medical director of the Communal Non-Commercial Enterprise «Odessa City Clinical Infectious Disease Hospital» of the Odessa City Council, Odessa, Ukraine.

Pasternachenko Natalya S. — Deputy medical director of the Communal Non-Commercial Enterprise «Odessa City Clinical Infectious Disease Hospital» of the Odessa City Council, Odessa, Ukraine.

Matsyuk Valentina Ye. — Head of the Department of the Communal Non-Commercial Enterprise «Odessa City Clinical Infectious Disease Hospital» of the Odessa City Council, Odessa, Ukraine.

## Address for correspondence:

Kateryna Usychenko  
E-mail: [usichenko2006@gmail.com](mailto:usichenko2006@gmail.com)

Надійшла до редакції/Received: 23.08.2022

Прийнято до друку/Accepted: 28.09.2022