

клинических анализах крови выявлены умеренный лейкоцитоз и повышенная СОЭ, не характерные для вирусных гепатитов.

Возможны следующие рекомендации: больных старшего и пожилого возраста при наличии желтухи оценивать как потенциально хирургических пациентов. При направлении подобных пациентов врачами поликлиник по мере возможности проводить минимум параклинических исследований.

Литяева Л.А.<sup>1</sup>, Ковалева О.В.<sup>1</sup>, Закопаева Е.С.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России

<sup>2</sup>ГБУЗ «Оренбургская областная инфекционная больница», Россия

### ОСОБЕННОСТИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ У ДЕТЕЙ С ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Ветряная оспа (ВО) в структуре инфекционной патологии детского возраста занимает одно из ведущих мест с наметившейся в последние годы тенденцией к утяжелению ее течения, особенно у детей с иммунодефицитными состояниями.

**Цель исследования:** дать характеристику течения ветряной оспы у детей с онкогематологическими заболеваниями.

**Материалы и методы.** Проведен анализ историй болезни детей с ВО, госпитализированных за период март — май 2015 г. в ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая инфекционная больница» (ООКИБ) из ГБУЗ «Оренбургский областной клинический онкологический диспансер» (ООКОД).

Диагноз ветряной оспы ставился на основании клинических данных и эпидемиологического анамнеза.

**Результаты исследования.** Всего за указанный период было госпитализировано 4 детей, возраст которых варьировал от 3 до 5 лет. У трех из них был лимфобластный лейкоз, у одного — нейробластома забрюшинного пространства.

В эпидемический процесс в ООКОД было вовлечено 14 детей в возрасте 3–14 лет, но контактные по ВО в инфекционную больницу не переводились: часть была выписана по месту жительства, другие — из-за невозможности прерывания проводимого им лечения. Трое заболевших были переведены на первые сутки, один — на вторые сутки от начала высыпаний. Дети были дошкольного возраста (3 года, 3 года 8 месяцев, 4,5 года, 4 года 10 месяцев).

Установлено, что первый случай заболевания был занесен вновь поступившим ребенком. Интервал между последующими случаями заболевания составил 14–20 дней, продолжительность вспышки — 45 дней (конец марта — апрель — май). Среди медицинского персонала случаев ВО не было.

Заболевание у троих детей (с лимфобластным лейкозом (2) и нейробластомой забрюшинного про-

странства (1)) началось остро, с появления кожных высыпаний в виде пятен — папул — везикул и синдрома интоксикации (повышение температуры до 37,2–37,5 °С, недомогание, снижение аппетита, головная боль, раздражительность). ВО имела типичные клинические проявления и протекала в тяжелой форме, обусловленной основным заболеванием и резко выраженным иммунодефицитом. Высыпания появлялись толчкообразно, с перерывом в 1–3 дня и сопровождались повышением температуры.

В общем анализе крови регистрировалось значительное снижение гемоглобина и тромбоцитов (от  $147 \cdot 10^9/\text{л}$  до  $91 \cdot 10^9/\text{л}$ ), в связи с чем проводилось переливание одногруппной тромбовзвеси и тромбодонора, достигнута нормализация показателей тромбоцитов. Продолжительность периода высыпаний составила  $7 \pm 1$ , интоксикации —  $9 \pm 2$  дня.

У одного из детей с лимфобластным лейкозом заболевание началось необычно, с выраженных болей и вздутия живота, задержки стула и газов, ставших причиной ошибочной госпитализации в Центр детской хирургии. Только на следующие сутки, когда у ребенка повысилась температура до 37,4 °С и появились кожные высыпания в виде обильных везикул с геморрагическим содержимым, диагноз стал очевидным и пациент был переведен в ООКИБ. При поступлении состояние ребенка было очень тяжелым, отмечалась обильная везикулезная сыпь на коже и слизистых с геморрагическим содержимым. В общем анализе крови выявлено снижение гемоглобина до 100 г/л, тромбоцитов — до  $53 \cdot 10^9/\text{л}$ , с 4-го дня болезни было отмечено увеличение времени свертывания. Заболевание протекало крайне тяжело, с молниеносным развитием геморрагического синдрома, проявляющегося геморрагической петехиальной сыпью на кожных покровах, носовым кровотечением, кровоточивостью из мест инъекций, обильным кровотечением из желудка по зонду, ротовой полости, появлением влажных хрипов в легких. Показатели крови: гемоглобин — 60 г/л, эритроциты —  $1,9 \cdot 10^{12}/\text{л}$ , гематокрит 17 %, тромбоциты —  $71 \cdot 10^9/\text{л}$ , в течение 10 минут — отсутствие свертывания крови. Переливание тромбовзвеси, свежзамороженной плазмы, эритроцитарной массы оказалось неэффективным, с летальным исходом на 4-е сутки. Патологоанатомический диагноз: ветряная оспа. Типичная. Тяжелой степени. Геморрагическая форма. Кровоизлияния в слизистых пищевода, желудка, кишечника, серозных листках, альвеолах, лимфоузлах, клетчатке у головки поджелудочной железы, желудочно-кишечное кровотечение. Анемия. Гидроторакс.

Таким образом, ветряная оспа в условиях внутрибольничного инфицирования у пациентов с онкогематологическими заболеваниями сохраняет типичные клинические проявления, наиболее часто поражает детей 2–5 лет и отличается высокой интенсивностью распространения, утяжелением течения и развитием осложнений.

Для снижения степени риска ВО у детей с онкогематологическими заболеваниями, особенно в услови-

ях внутрибольничного инфицирования, необходимо своевременное (через 96 часов после первого контакта с больным) введение специфического иммуноглобулина — зостевира, применение которого позволяет снизить число заболевших, а в случаях развития ВО — смягчить течение болезни и предупредить летальный исход.

Мищеряков В.Г., Тучков Д.Ю., Каминская М.А.,  
Шарапова Е.А., Присоцкая В.Н.  
Кафедра эпидемиологии и инфекционных болезней  
ОргМУ МЗ РФ  
ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая  
инфекционная больница», Россия

### КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ МАЛЯРИИ

В настоящее время малярия остается наиболее распространенной тропической болезнью в мире и является серьезной проблемой для здравоохранения стран Африки, Азии, Южной Америки. По данным ВОЗ, в 2012 г. произошло около 207 млн случаев заболевания и предположительно 627 случаев смерти.

Европейское бюро ВОЗ приняло «Программу элиминации малярии к 2015 г.», к которой присоединилась Россия и успешно ее выполняет. Так, в 2011 году в РФ зарегистрировано 86 случаев малярии.

В Оренбургской области ситуация по малярии стабильная и регистрируются только единичные завозные случаи.

Спорадический уровень заболеваемости — период, когда внимание к выявлению больных малярией снижается при сохраняющейся опасности завоза ее из стран, эндемичных по данной инфекции (туризм, миграционные процессы и т.п.). Так, в странах Европы ежегодно регистрируется более 10 тыс. случаев завозной малярии, а смертность от тропической малярии составляет 1 %.

Все это требует от медицинских работников всех профилей умения своевременно поставить диагноз малярии и назначить адекватную терапию.

Авторы статьи ставили своей целью на конкретном примере обратить внимание медицинских работников на основные критерии диагностики малярии и на современные подходы к ее лечению.

В 2014 году в ООКИБ поступил больной П., 25 лет, с жалобами на повышение температуры тела, озноб, боли в мышцах и суставах, выраженную слабость.

В течение 4 месяцев он находился в командировке (Южный Судан), отмечал укусы комаров, химиофилактика малярии не проводилась.

Заболел через 12 дней после возвращения из командировки: появился озноб, боли в мышцах и суставах, повысилась температура тела до 38,5 °С.

На второй день болезни температура повысилась до 39 °С, сохранялась слабость, миалгии. Дома принимал жаропонижающие препараты, инъекции цефтриаксона — без эффекта. За медицинской помощью обратился на 4-й день. При поступлении состояние пациента

расценено как тяжелое. Тяжесть была обусловлена интоксикационным и астеническим синдромами. Кожный покров бледный, субиктеричность склер. Отчетливый гепатолиенальный синдром. Гемодинамика стабильная.

По клинико-эпидемиологическим данным выставлен диагноз малярии, который подтвердился лабораторно. При паразитоскопии мазков крови обнаружен *P.falciparum*, стадия «кольца», паразитемия 58 000 в 1 мкл.

Лабораторные данные:

КАК: Hb — 158 г/л, Эр —  $5,33 \cdot 10^{12}$ /л, L —  $5,5 \cdot 10^9$ /л, Тр —  $4,0 \cdot 10^9$ /л.

БАК: билирубин общий — 70 ммоль/л, прямой билирубин — 52 ммоль/л, непрямого билирубин — 18 ммоль/л, АлАТ — 80 Е/л, АсАТ — 100 Е/л.

УЗИ внутренних органов — гепатоспленомегалия.

Клинический диагноз: малярия тропическая, *P.falciparum*, тяжелая форма.

На тяжелую форму заболевания указывает клиника болезни (температура до 40 °С, желтуха) и лабораторные данные (уровень паразитемии, повышение активности печеночных ферментов в 2,5 раза).

Больному назначен фанзидар (3 таблетки однократно). Через сутки клинический эффект не получен, паразитемия сохранялась на прежнем уровне, что могло указывать на резистентность паразита к данному препарату.

На 2-й день пребывания в стационаре был назначен коартем (по схеме). На следующий день (3-й день) температура снизилась до субфебрильных цифр, а затем и до нормы, паразитемия снизилась до единичных колец. После 3 дней лечения температура тела нормальная, паразиты в мазке не определялись.

К 7-му дню пребывания билирубин, активность печеночных ферментов пришли к норме. Восстановилось количество тромбоцитов. Выписан на 9-й день пребывания в стационаре по выздоровлению.

**Выводы.** 1. Для малярии правомочен клинико-эпидемиологический диагноз до получения результатов паразитоскопии.

2. При отсутствии лабораторных данных, подтверждающих малярию, лечение должно проводиться по схеме лечения неосложненной тропической малярии.

3. Тяжелая форма тропической малярии должна лечиться препаратами артемизина.

Мочалова А.А.<sup>1</sup>, Ершова И.Б.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГУ «Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца», г. Киев

<sup>2</sup> ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

### КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЯМБЛИОЗА У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

В связи с тем что, по данным литературы, имеется связь клинических проявлений лямблиоза с возрастом ребенка, целью нашей работы стало изучение