

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.¹, Ершова И.Б.²

¹ ГУ «Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца», г. Киев

² 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