

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

этой протозойной инвазии в различных возрастных группах.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 104 ребенка. Все дети с лямблиозом в зависимости от возраста были разделены на 4 группы: 1-я — 3–6 лет ($n = 20$), 2-я — 7–10 лет ($n = 21$), 3-я — 11–14 лет ($n = 35$) и 4-я — 15–18 лет ($n = 28$).

Результаты и их обсуждение. Среди детей младшего возраста от 3 до 6 лет более трети жаловались на боль в области пупка или не могли определить локализацию боли, и только у 2 (10 %) детей боль локализовалась в эпигастрии. Жалоб на боли в правом и левом подреберьях в этой возрастной группе не наблюдалось. У 5 (25 %) из 20 больных жалоб на боли в животе не отмечалось.

В возрастной группе 7–10 лет все дети жаловались на боли в животе, за исключением 1 (4,7 %) ребенка. По сравнению с младшей возрастной группой дети чаще более точно определяли локализацию болей: на боль в эпигастрии жаловались 7 (33 %) пациентов, в правом и левом подреберье — по 2 (9,5 %) пациента, в околопупочной области — 13 (62 %) пациентов, в нижних отделах живота — 1 (4,7 %) пациент и у 1 (4,7 %) боль имела меняющуюся локализацию.

В группе детей 11–14 лет у 5 (14 %) не было жалоб на боль в животе, но у большинства отмечалась тенденция к более частой локализации болей в эпигастрии — 15 (43 %). Отмечали боль в области пупка — 18 (51,4 %), боль в правом и левом подреберье наблюдалась у 5 (14 %) и 2 (5,7 %) пациентов.

В группе подростков в возрасте 15–18 лет боль локализовалась в эпигастрии у 15 (53,6 %), у 7 (25 %) больных — в околопупочной области, у 4 (14 %) — в правом подреберье и у 5 (17,8 %) — в левом подреберье.

Частота возникновения болей у детей младшей возрастной группы варьировала: от ежедневных болей — у 3 (15 %) до редких (1 раз в месяц) — у 3 (15 %). В средней возрастной группе боли отмечались ежедневно либо 1 раз в 2–3 дня у 6 (28,5 %) человек. В старшей возрастной группе ежедневные боли наблюдались у 8 (23 %) больных. У подростков 15–18 лет ежедневные боли в эпигастрии отмечались в 9 (32 %) случаях, боль один раз в 2–3 дня — у 7 (25 %) подростков и лишь у 1 (3,5 %) боль появлялась 1–2 раза в неделю. По интенсивности боли во всех возрастных группах в большинстве случаев характеризовались как умеренные: у 9 (45 %) детей младшей возрастной группы, 17 (80,9 %) детей средней возрастной группы, 22 (63 %) в старшей возрастной группе и у 18 (64 %) подростков. Слабые боли отмечались лишь в единичных случаях. Очень сильные боли с возрастом встречаются чаще: у 1 (5 %) ребенка в 1-й группе, у 2 (9,5 %) во 2-й группе, у 4 (11,4 %) в 3-й группе и у 5 (17,8 %) пациентов в 4-й группе.

Определенной связи болевого синдрома с приемом пищи у детей с лямблиозом не обнаружено. Почти по-

ловина детей во всех возрастных группах не связывала боль с приемом пищи: 9 (45 %), 12 (57,2 %), 15 (43 %), 13 (46 %) соответственно. Боль натощак отмечалась у 1 (5 %) ребенка 1-й группы, 6 (28,5 %) — 2-й группы, 7 (20 %) — 3-й группы и 5 (17,8 %) — 4-й группы. Боли сразу после еды наблюдались у 5 (25 %) детей 1-й группы, 2 (9,5 %) — 2-й группы, 8 (23 %) — 3-й группы и 9 (32 %) — 4-й группы.

Анализ характера диспептических расстройств показал, что изжога среди детей 3–6 лет беспокоила только 1 (5 %) ребенка, с возрастом отмечается учащение этого признака. Так, в возрасте 7–10 лет изжога отмечена у 3 (14 %) детей, а в 11–14 лет — у 6 (17 %). Среди подростков 15–18 лет 11 (39 %) указывают на наличие изжоги.

Жалобы на отрыжку редко отмечались только у 2 (10 %) детей дошкольного возраста; среди детей 11–14 лет — у 15 (43 %) и примерно одинаково у детей 2-й и 4-й групп: 5 (24 %) и 7 (25 %) соответственно.

Тошнота чаще наблюдалась у детей старшего возраста. Во 2-й группе — у 9 (43 %), в 3-й группе — у 10 (28,5 %), в 4-й группе — у 9 (32 %) человек, реже встречалась у детей младшего возраста: в 1-й группе у 4 (20 %) человек.

Рвота, наоборот, чаще случалась у детей младшего возраста: в 1-й группе это 4 (20 %) человека, во 2-й — 7 (33 %) человек. С возрастом рвота наблюдается реже: в 3-й группе — у 8 (23 %) человек, а в 4-й группе — уже у 4 (14 %).

Метеоризм беспокоил почти половину детей 1-й группы — 9 (45 %) человек, 1/3 детей 4-й группы — 10 (36 %) человек, реже отмечается во 2-й и 3-й группах: 4 (19 %) и 5 (14 %) соответственно.

Более половины детей всех возрастов отмечали изменение стула (5, 6 и 7-й тип по Бристольской шкале формы кала): 13 (65 %) детей в 1-й группе, 11 (52,3 %) во 2-й, 23 (65,7 %) в 3-й и 20 (71 %) пациентов в 4-й группе. У 1/3 пациентов всех групп наблюдался обычный оформленный стул. У младших детей наблюдался твердый стул (1-й и 2-й тип) только у 2 (10 %) пациентов в 1-й группе, 2 (9,5 %) во 2-й группе и 1 (2,8 %) человека в 3-й группе.

Выводы. Локализация болей в животе при лямблиозе зависит от возраста: в дошкольном возрасте боль чаще локализуется в области пупка, у подростков — в эпигастрии и подреберьях. С возрастом отмечается уменьшение частоты болей в области пупка, что, вероятно, связано с тем, что старшие дети могут более точно локализовать боль, а также отмечается учащение болей в эпигастриальной области, левом и правом подреберье. С возрастом нарастает частота и интенсивность болей, нет связи с приемом пищи. Характерным симптомом является диарея. Диспептические расстройства, обусловленные дисмоторикой верхних отделов ЖКТ, такие как изжога, отрыжка, тошнота, встречаются чаще у детей старшего возраста, тогда как случаи рвоты с возрастом становятся реже.