

SUMMARY

THE REMOVAL OF HOLLOW FORMATIONS OF BONE TISSUE OF JAW-FACE PART

D.I. Hushvahtov, H.T. Melikov, B.I. Irdanov

The data of clinical laboratory investigation of 12 patients with cyst and tumor formations of jaw bones were observed at polyclinic. The analysis of traditional methods of operative treatment was made. Therefore the method of cover of bone cavities by biocompatibilited materials was offered, including the use of small granulled titan nikelide on membrane technology.



ОСОБЕННОСТИ ТРОПИЧЕСКОЙ МАЛЯРИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Н.М. Ходжаева, М.Г. Мамадырова, А.К. Асоев

Кафедра детских инфекционных болезней

Введение. В эндемичных странах, к которым относится и Республика Таджикистан, малярия остаётся одной из серьёзных проблем здравоохранения в связи с сохранением местной передачи *vivax* и *falciparum*-малярии. Кроме того, неблагоприятным фактором стало появление и распространение лекарственно-устойчивых штаммов *P.falciparum* в зоне интенсивной передачи инвазии. Последние исследования показали, что большинство инфицированных являются бессимптомными носителями *P.vivax* и *P.falciparum* [1, 2].

Общеизвестно, что тропическая малярия, ввиду генетических и антигенных особенностей возбудителя, характеризуется тяжёлым течением, а также развитием серьёзных осложнений, нередко приводящих к летальным исходам [2-4]. Рассматривая клиническую характеристику тропической малярии у детей, ввиду своеобразия клинической картины целесообразно представить особенности заболевания в каждой возрастной группе.

Цель исследования: изучение клинических особенностей тропической малярии у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 65 больных в возрасте от 6 мес. до 3 лет, госпитализированных в 2000-2005 гг. в ГКИБ г. Душанбе и ЦРБ района А. Джамии Хатлонской области. Диагноз верифицирован микроскопией крови. Лёгкая форма болезни наблюдалась у 10 (15,3%) детей, среднетяжёлая - у 29 (44,6%) и тяжёлая - у 26 (40,0%).

Результаты и их обсуждение. Клиническая картина *falciparum*-малярии у детей раннего возраста характеризовалась преимущественно острым началом заболевания (92,3%) с повышения температуры тела до фебрильных цифр, неправильной температурной кривой (86,1%), отсутствием типичных малярийных пароксизмов. Ремиттирующий тип лихорадки констатирован у 5 (7,7%) больных, постоянный - у 3,1%, субфебрилитет - у 3,1%. В данной возрастной группе характер температурной кривой, как правило, не имеет дифференциально-диагностического значения, что согласуется с данными других авторов [3, 4].

У детей раннего возраста тропическая малярия преимущественно протекала в среднетяжёлой и тяжёлой форме (44,6 и 40,0% соответственно), что фактически в два раза превышает удельный вес тяжёлых форм при трёхдневной малярии.

Симптомы интоксикации, характеризующиеся вялостью, слабостью, капризностью (48,3-57,7%), нарушением аппетита (27,6-84,6%), тошнотой (3,8%) и рвотой съеденной пищей (17,2-26,9%, соответственно при среднетяжёлой и тяжёлой формах) коррелировали с тяжестью заболевания.

У 8 (30,8%) больных грудного возраста отмечались судороги и повторная рвота и у 3 (11,5%) – менингеальные симптомы.

Озноб чаще отсутствовал, приступ начинался с побледнения, затем синюшности кожи, у половины больных – с похолодания конечностей. Типичные симптомы малярийного пароксизма, такие как озноб, жар, потливость можно было проследить только при тяжёлом течении и не более чем у половины обследуемых детей (14, 38 и 50% соответственно). Снижение температуры тела сопровождалось потением головки и шеи.

В период повышения температуры у подавляющего большинства больных данной группы наблюдалась тахикардия (80,0%) и у 40,0% детей – приглушение сердечных тонов. Данные нарушения, как правило, были интоксикационного генеза.

Боли в животе различной интенсивности и диарея отмечены у 19 (29,2%) детей. Живот вздут, чувствителен при пальпации. Спленомегалия выявлена примерно у 1/3 детей, причём у 9 (13,8%) больных с 3-5 дня болезни и у 12 (18,5%) – с 6-8 дня. Следует отметить, что у детей грудного возраста увеличение селезёнки констатировано лишь у половины обследуемых больных.

Увеличение печени и её болезненность при пальпации наблюдались у 50 (76,9%) больных, преимущественно с 3-4 дня болезни. Желтуха в данной возрастной группе констатирована в 12 (18,5%) случаях.

Катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей не наблюдалось.

Выявлены достоверные различия между частотой основных клинических симптомов болезни и тяжестью тропической малярии, за исключением таких симптомов как боли в животе, диарея и рвота.

Сравнительный анализ клинической симптоматики тропической и трёхдневной малярии выявил достоверные различия в изучаемой группе больных. Так, частота и выраженность симптомов интоксикации, проявляющихся синдромом нейротоксикоза, сердечно-сосудистых нарушений, диспепсических расстройств, поражения печени с развитием синдрома холестаза при тропической малярии превышают таковые при трёхдневной малярии ($p < 0,001$). Достоверных различий не установлено лишь в частоте спленомегалии ($p > 0,05$).

При тропической малярии в отличие от трёхдневной не регистрировались катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей.

Изменения периферической крови характеризовались преимущественно анемией (уровень гемоглобина колебался от 90 до 100 г/л, который коррелировал с уровнем паразитемии, число эритроцитов быстро уменьшалось до $3,1 \times 10^{12}$ – $2,8 \times 10^{12}$ /л (особенно при тяжёлом течении). Нередко выявлялся ретикулоцитоз (21,0%). С большим постоянством отмечалась лейкопения, эозинопения, относительный моно- и лимфоцитоз. В период разгара заболевания у 42,1% больных тропической малярией наблюдался лейкоцитоз с нейтрофилёзом. Вследствие нарастающей анемии видимые слизистые оболочки бледные, у 4 (15,3%) детей грудного возраста развилась дистрофия.

Картина периферической крови в данной группе больных практически не отличалась от таковой при трёхдневной малярии.

Как известно, большое влияние на течение малярии у детей оказывают сопутствующие заболевания и состояние питания. Так, у 14 (21,5%) больных раннего возраста были выявлены хроническое расстройство питания, пневмония, перинатальная энцефалопатия.

Тропическая малярия осложнилась у 1 ребёнка (1,5%) малярийной комой, у другого – малярийным гепатитом.

У 2 (3,1%) детей через 6 месяцев после прекращения лечения отмечена повторная малярия и у 10 (15,4%) – рецидивы, характеризующиеся повышением температуры до фебрильных цифр, гепатоспленомегалией с первых дней болезни, бледностью кожи и слизистых оболочек, нарастающей анемией и невысоким уровнем паразитемии, в отличие от первичной

атаки. Уровень паразитемии при повторных случаях и при рецидивах ниже, чем при первичной атаке, вследствие частично сформировавшегося специфического иммунитета. Температура с первых дней болезни приобретала интермиттирующий характер. Селезёнка стала доступной пальпации раньше и более плотной. Кроме того, в периферической крови, наряду бесполовыми стадиями, обнаруживались гамонты, и их число было больше, чем при первичном инфицировании. Число пароксизмов было меньше, температурный максимум ниже, чем при первичной атаке. На фоне проведённого лечения этиотропными средствами приступы купировались, плазмодии исчезли на 2-3 сутки. Следует отметить, что при первичной атаке возбудители исчезали из крови у всех больных, как правило, на 1-2 сутки. Необходимо отметить, что при повторных случаях применялись другие этиотропные средства.

Летальный исход отмечен у 1 ребёнка с церебральной малярией при позднем обращении за медицинской помощью.

Таким образом, малярия у детей раннего возраста отличается своеобразием клинической симптоматики. Отсутствуют типичные малярийные пароксизмы, преобладают симптомы интоксикации, диспепсические расстройства. Наблюдаемый синдром нейротоксикоза, с развитием судорог и менингеальных симптомов требует безотлагательной дифференциальной диагностики с нейроинфекциями вирусной и бактериальной этиологии, а диарея с эксикозом – с кишечными инфекциями. Как правило, выражены гематологические изменения, гепатоспленомегалия. Кроме того, отмечается высокий процент развития рецидивов, вероятно, за счёт функциональной незрелости и недостаточности иммунорегуляторных механизмов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Камардинов Х.К., Алиев С.П. Тропическая малярия в Таджикистане. Душанбе, 2006
2. Лысенко А.Я., Кондрашин А.В., Ежов М.Н. Маляриология // Копенгаген, 2003
3. Попов А.Ф., Токмалаев А.К., Никифоров Н.Д. Малярия // М., 2004
4. Попов А.Ф., Никифоров Н.Д., Чирков В.П., Санин Б.И. Тропическая малярия //Ж. «Клиническая медицина», 1998, №10, -С. 11-14

ХУЛОСА

Хусусиятҳои вараҷаи тропикӣ дар кӯдакони синни хурд

Н.М. Хоҷаева, М.Г. Мамадёрова, А.К. Асоев

Дар мақола тавсифи саририи вараҷаи тропикӣ (гармсерӣ) дар кӯдакони синни хурд оварда шудааст. Дар онҳо пароксизмҳои ба бемории вараҷа хос, аз ҷумла бо ивазшавии даврҳои гузаштани он, хати қачи ҳарорати давр-давр пайдошавандаи классикӣ ва дигар аломатҳои хоси вараҷа вучуд надоранд.

Ғуногуншаклии зухуроти саририи беморӣ дар ин гурӯҳи синнусолӣ чи дар марҳалаи барвақти инкишоф ва чи дар давраи авҷи вараҷаи тропикӣ таъхирнопазири сирояти микробҳои бемориоварандаро ба системаи асаб, рӯда ва дигар узвҳои тақозо менамояд.

SUMMARY

THE PECULIARITIES OF TROPICAL MALARIA IN CHILDREN OF EARLY AGE

N.M. Hojaeva, M.G. Mamadyarova, A.K. Asoev

In the article clinical characteristic of tropical malaria in children of early age is observed. They have no malaria paroxysms with turn of phases, classical intermitting temperature curve and some other typical symptoms of the infection. Polymorphism of clinics in children of this aging group at early stage and the top of disease demands urgent differential diagnostics with neuroinfections, intestine infections, sepsis and some other diseases.