

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТРОПИЧЕСКОЙ МАЛЯРИИ У ДЕТЕЙ

Н.М. Ходжаева, Н.А. Рахматов, Г.М. Саидмурадова, М.С. Фузайлова
Кафедра детских инфекционных болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Ключевые слова: тропическая малярия, дети, клинические особенности

Актуальность. В тропических странах с высоким уровнем эндемии (голо- и гиперэндемичные очаги) малярия остаётся одной из главных причин заболеваемости и смертности детей. От 5 до 15% всех случаев смерти приходится на эту болезнь [2-4]. Наиболее часто и тяжело болеют дети в возрасте от 6 мес. до 4-5 лет. Данная проблема актуальна и для Республики Таджикистан в связи с формированием местных очагов передачи инфекции, особенно в приграничных с Афганистаном регионах [1,2].

Рассматривая клиническую характеристику тропической малярии у детей, целесообразно представить особенности заболевания в каждой возрастной группе, ввиду своеобразия клинической картины.

Целью исследования явилось изучение возрастных клинических особенностей тропической малярии у детей для совершенствования диагностики и оптимизации лечения.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 265 больных тропической малярией в возрасте от 6 месяцев до 14 лет, госпитализированных в ДКИБ г. Душанбе, ГКИБ и ЦРБ района А. Джоми Хатлонской области Республики Таджикистан в период с 2000-2006 гг.. Из них у 196 (73,9%) диагностирована первичная тропическая лекарственно-чувствительная малярия, подтверждённая микроскопическим контролем.

Детей раннего возраста было 65 (33,2%), дошкольного возраста - 37 (18,9%), младшего школьного - 41 (20,9%) и старшего школьного - 53 (27,0%).

По формам тяжести больные распределились следующим образом: лёгкая форма болезни наблюдалась у 64 (32,7%), среднетяжёлая - у 89 (45,4%), тяжёлая - у 43 (21,9%) детей. В основе определения форм тяжести тропической малярии лежали продолжительность температурной реакции, уровень паразитемии, степень выраженности интоксикационного синдрома и наличие осложнений.

Результаты и их обсуждение. Наибольшее количество больных с лёгкой формой *falciparum*-малярии отмечено среди детей школьного возраста (62,5%), чем среди больных дошкольного и раннего возрастов (21,9 и 15,6% соответственно), в то время, как частота тяжёлых форм преобладала у детей раннего возраста - 60,4%. Высокий удельный вес тяжёлых форм у детей раннего возраста, по-видимому, связан как с функциональной незрелостью иммунной системы, способствующей развитию осложнений, так и многообразием и вариабельностью антигенной структуры *Plasmodium falciparum*. Следует отметить, что у некоторых детей грудного возраста малярия протекала на неблагоприятном преморбидном фоне (анамнестически прослеживалась перинатальная энцефалопатия, родовые травмы).

Клиническая картина *falciparum*-малярии у детей раннего возраста (табл.1) чаще характеризовалась острым началом заболевания (92,3%) с повышения температуры тела до фебрильных цифр, преимущественно 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 имел дифференциально-диагностического значения.

У детей раннего возраста тропическая малярия преимущественно протекала в среднетяжёлой и тяжёлой форме (44,6 и 40,0% соответственно), что фактически в 2 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 – 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 35,4% детей – приглушение сердечных тонов. Данные нарушения были интоксикационного генеза.

Боли в животе различной интенсивности и диарея отмечены у 19 (29,2%) детей. Живот, как правило, 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 болезненность её 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 выявлено.

Выявлены достоверные различия между частотой основных клинических симптомов болезни и тяжестью тропической малярии ($p < 0,05$), за исключением таких симптомов, как боли в животе, диарея и рвота ($p > 0,05$).

Сравнительный анализ клинической симптоматики тропической и трёхдневной малярии выявил достоверные различия в изучаемой группе больных. Так, частота и выраженность симптомов интоксикации, проявляющиеся синдромом нейротоксикоза (частота менингеальных симптомов – 4,6 и 0,6%; судорожного синдрома – 12,3 и 1,2%, соответственно при тропической и трёхдневной малярии), сердечно-сосудистых нарушений (тахикардия – 80 и 52,4%; приглушенность сердечных тонов – 35,4 и 7,9%, соответственно при тропической и трёхдневной малярии), диспепсических расстройств (нарушения аппетита – 50,8 и 40,9%; диарея – 29,2 и 25%; рвота – 23,1 и 11,6%, соответственно при тропической и трёхдневной малярии), поражения печени с развитием синдрома холестаза (18,5 и 6,7%, соответственно при тропической и трёхдневной малярии) при тропической малярии превышают таковые при трёхдневной малярии ($p < 0,001$). Достоверных различий не установлено лишь в частоте спленомегалии (32,3 и 32,9% соответственно при тропической и трёхдневной малярии, $p > 0,05$).

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 90–100 г/л, которая коррелировала 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, зозинопения, 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.

Таблица

Клиническая характеристика тропической малярии в возрастном аспекте

Клинические симптомы	А %	В %	С %	Д %
Озноб	12 (18,5%)*	22 (59,5%)*	19 (46,3%)	33 (62,3%)*
Жар	8 (12,3%)*	11 (29,7%)*	16 (39%)*	14 (26,4%)
Потливость	17 (26,2%)*	21 (56,8%)*	21 (51,2%)	27 (50,9%)
Слабость	29 (44,6%)*	33 (89,2%)*	20 (48,8%)**	18 (34%)**
Головная боль	17 (26,2%)*	27 (73%)*	24 (58,5%)**	19 (35,8%)**
Артралгии	-	13 (35,1%)**	12 (29,3%)**	11 (20,8%)**
Миалгии	-	9 (24,3%)	11 (26,8%)**	10 (18,9%)**
Нарушение сна	27 (41,5%)	18 (48,6%)**	13 (31,7%)**	-
Боли в конечностях	-	9 (24,3%)**	6 (14,6%)**	6 (11,3%)**
Менингеальные симптомы	3 (4,6%)*	2 (5,4%)*	-	-
Судороги	8 (12,3%)**	2 (5,4%)**	-	-
Кашель	-	6 (16,2%)**	3 (7,3%)**	-
Насморк	-	8 (21,6%)**	1 (2,4%)**	-
Гиперемия зева	-	14 (37,8%)**	7 (17,1%)**	-
Конъюнктивит	-	4 (10,8%)	-	-
Лимфоаденопатия	1 (1,5%)	16 (43,2%)**	9 (22%)**	3 (5,1%)**
Герпетическая сыпь	-	8 (21,6%)	10 (24,4%)	9 (17%)
Приглушенность сердечных тонов	23 (35,4%)*	18 (48,6%)*	9 (22%)**	6 (11,3%)**
Тахикардия	52 (80%)**	27 (73%)**	16 (39%)**	8 (15,1%)**
Систолический шум	-	2 (5,4%)**	2 (4,9%)**	-
Гипотония	4 (6,2%)*	13 (35,1%)*	11 (26,8%)	14 (26,4%)
Нарушение аппетита	33 (50,8%)*	20 (54,1%)*	7 (17,1%)**	5 (9,4%)**
Боли в животе	13 (20%)*	16 (43,2%)*	7 (17,1%)**	5 (9,4%)**
Диарея	19 (29,2%)*	16 (43,2%)*	11 (26,8%)**	4 (7,5%)**
Тошнота	1 (1,5%)*	20 (54,1%)*	11 (26,8%)**	6 (11,3%)**
Рвота	15 (23,1%)*	12 (32,4%)*	8 (19,5%)**	3 (5,7%)**
Увеличение печени	50 (76,9%)*	37 (100%)*	36 (87,8%)**	18 (34%)**
Увеличение селезёнки	21 (32,3%)*	19 (51,4%)*	14 (34,1%)**	12 (22,6%)**
Желтуха	12 (18,5%)	4 (10,8%)	-	-
Число больных, %	65	37	41	53

Примечание:

А - группа детей раннего возраста; В – дошкольного возраста;
С – младшего школьного возраста; Д – старшего школьного возраста.
* - достоверность различий в возрастных группах ($p < 0,001$) (прямая зависимость);
** - достоверность различий в возрастных группах ($p < 0,001$) (обратная зависимость).

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

Как известно, большое значение на течение малярии у детей оказывают сопутствующие заболевания и состояние питания. Так, у 14 (21,5%) больных раннего возраста были выявле-

ны хроническое расстройство питания, пневмония, перинатальная энцефалопатия.

Тропическая малярия осложнилась у 1 ребёнка (1,5%) малярийной комой и 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 становится доступной пальпации раньше и более плотная. Кроме того, в периферической крови наряду с 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 заметить, 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.

У детей дошкольного возраста тропическая малярия чаще протекала в лёгкой и среднетяжёлой формах (37,8%), число тяжёлых форм уменьшилось (24,3%). Следует отметить, что удельный вес тяжёлых форм в этой возрастной группе превышает таковой при трёхдневной малярии (24,3 и 9,2% соответственно, $p < 0,001$).

Острое начало заболевания констатировано в 32 (86,5%) случаях, в остальных – постепенное, где прослеживался продромальный период, основными симптомами которого были незначительное повышение температуры (у 10 из 32), головная боль (у 20), слабость (у 24), миалгии (у 6), артралгии (у 10), боли в конечностях (у 10) и др.

До начала первых пароксизмов отмечалась инициальная лихорадка с ежедневными подъёмами температуры до фебрильных цифр, продолжительностью 3-5 дней с переходом в ремиттирующую у 35,1%. Из температурных кривых чаще регистрировалась неправильная лихорадка (45,9%), реже постоянная (8,1%). Субфебрильная температура встречалась у 4 (10,8%) детей. Необходимо отметить, что классическая трёхдневная интермиттирующая лихорадка не встречалась, в связи с чем температурные реакции в данной возрастной группе также не могут иметь решающего диагностического значения.

Малярийные пароксизмы стали более отчётливыми, в отличие от детей раннего возраста, и характеризовались стадийностью процесса у каждого второго ребёнка.

Выявлена обратная зависимость частоты симптомов интоксикации, проявляющиеся головной болью, нарушениями сна, аппетита, тошнотой, рвотой, нейротоксикозом, а также частоты нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы, дыхательной системы, желудочно-кишечного тракта от возраста. Чем старше был ребёнок, тем менее выраженными были симптомы интоксикации, функциональные нарушения сердечно-сосудистой системы, желу-

дочно-кишечного тракта, очевидно, связанные с уменьшением удельного веса тяжёлых форм болезни у детей старших возрастных групп.

Более отчётливыми стали такие симптомы как артралгии, миалгии, боли в конечностях (35,1; 24,3 и 24,3% соответственно), не выявленные у детей раннего возраста. Кроме того, с большей частотой, в отличие от других возрастных групп, регистрировались катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей (гиперемия зева), лимфаденопатия (37,8 и 43,2% соответственно), вероятно, в связи с частыми интеркуррентными заболеваниями в дошкольном возрасте (ОРВИ, грипп, другие вирусные и бактериальные поражения респираторного тракта, увеличение вилочковой железы). Следует отметить, что частота вышеуказанных симптомов у детей дошкольного возраста при тропической малярии превышает более, чем в два раза таковые при трёхдневной малярии (16,7 и 20,8% - частота катаральных явлений и лимфаденопатии при трёхдневной малярии, $p < 0,001$).

Гепатоспленомегалия была также более выраженной (100 и 51,4% соответственно), в отличие от таковой в раннем возрасте ($p < 0,001$), в то время, как желтуха регистрировалась реже (10,8 и 18,5% соответственно, $p < 0,05$).

Следует отметить, что у детей дошкольного возраста, в отличие от других возрастных групп, с большей частотой выявлялись практически все симптомы малярии ($p < 0,001$), (табл.1).

Тропическая малярия в данной возрастной группе осложнилась у 1 больного гемоглобинурийной лихорадкой и у другого ребёнка – инфекционно-токсическим шоком. Рецидивы констатированы в 13,5% случаев. Летальных исходов не наблюдалось.

Тропическая малярия у детей школьного возраста протекала преимущественно однотипно и практически мало чем отличалась от малярии у взрослых. Заболевание протекало преимущественно в лёгкой и среднетяжёлой форме, удельный вес тяжёлых форм значительно снизился и составил 8,5%. Тропическая малярия характеризовалась у части больных (34%) наличием продромального периода в течение 1-2 дней сопровождающегося субфебрильным повышением температуры тела, головной болью, чувством недомогания, болями в конечностях и спине, тошнотой, а у остальных имело место острое начало болезни. С первых дней болезни чаще возникала неправильная лихорадка с постепенным переходом в трёхдневную интермиттирующую (17,0%) только у детей старшего школьного возраста. Кроме характерной трёхдневной интермиттирующей лихорадки мы у 20 (21,3%) больных наблюдали ремитирующий тип температуры с переходом в трёхдневную, у 27 (28,7%) – неправильную и у 7 (7,4%) – постоянную температурную кривую. Субфебрильная температура встречалась у 14 (14,9%) детей. Следует отметить, что только у детей старшего возраста, в отличие от других возрастных групп и у трети обследуемых больных, наблюдалась типичная температурная кривая, в остальных случаях характер температурной кривой также не имел диагностического значения. Достоверных различий в частоте субфебрильной температуры в различных возрастных группах не выявлено.

После продромального периода начинался типичный малярийный пароксизм, характеризующийся фазой озноба, жара, пота. Определить точное время возникновения пароксизмов у детей не удалось.

Озноб продолжался обычно от 10 до 45 мин, в среднем 15-30 мин, был менее выражен, чем в первый день болезни. Потрясающих ознобов не наблюдалось. Лихорадка могла продолжаться в течение суток, периоды апиреksии регистрировались в единичных случаях. Большинство больных предъявляли жалобы на головную боль, боли в конечностях и животе. Продолжительность стадии жара была различной: от 1 до 2 часов и дольше, затем температура критически падала и наступала стадия пота. Следует отметить, что температура у наблюдаемых нами больных не опускалась до субнормальных цифр. Общая продолжительность пароксизма составляла в среднем 5-6 часов. Потливость у детей школьного возраста отмечена у половины больных.

Уровень паразитемии при первых пароксизмах достигал 200-400 в 1мкл крови, с тенденцией к нарастанию при последующих пароксизмах (до 2000 паразитов и выше в 1 мкл крови).

Спленомегалию удавалось выявить с 5-6 дня болезни, после первых пароксизмов. В данной возрастной группе увеличение селезёнки констатировано у 26 (27,7%) детей, причём у большинства больных она выступала из под края рёберной дуги не более, чем на 3 см, у лишь у 4,8% - на 5 см и больше. Селезёнка эластичной консистенции, легко пальпируется, чаще болезненна.

В отличие от детей младших возрастных групп только у 57,4% наблюдаемых больных выявляли увеличение и уплотнение печени ($p < 0,001$). Поражение печени проявлялось только увеличением и чувствительностью её, других нарушений обычно не наблюдалось. Печень выступала ниже края рёберной дуги чаще на 1,5-2 см, только у 16 (15,9%) она выступала на 3-5 см. Чувствительность печени при пальпации отмечена у 14,8% больных. Желтуха у детей школьного возраста не констатирована. В крови только при тяжёлом течении болезни у 1 больного отмечалось умеренное и непродолжительное повышение уровня связанного билирубина без существенных изменений в показателях аминотрансфераз.

У отдельных больных (20,2%) отмечались герпетические высыпания на губах, крыльях носа.

Изменения крови характеризовались развивающейся анемией, снижение уровня гемоглобина и эритроцитов чаще выявлялось с первых дней болезни. Следует отметить, что степень анемии зависит от интенсивности паразитемии и продолжительности болезни. Уровень паразитемии зависел от тяжести патологического процесса: при лёгкой форме заболевания составил $260 \pm 16,58$; при среднетяжёлой форме – $838,4 \pm 32,14$; при тяжёлой форме – $3581,6 \pm 320,8$ паразитов в 1 мкл крови, $p < 0,001$. Уровень гемоглобина составлял 80-90 г/л. Обычно у детей старшего возраста эти потери восполнялись в течение нескольких недель после выздоровления. У большинства больных развивалась также лейкопения, число лейкоцитов менее $6,0 \times 10^9/\text{л}$ было у (59,6%) больных, нейтропения с палочкоядерным сдвигом – у (53,2%), относительный лимфоцитоз – у (26,6%), моноцитоз – у 8 (8,5%), эозинофилия – у 6 (6,4%). СОЭ в значительной степени зависит от степени анемизации. При ранней госпитализации и своевременном лечении у большинства больных СОЭ оставалась в пределах нормы, у поступивших в поздние сроки СОЭ повышалась до 20 – 28 мм/ч.

У 7 (7,4%) больных после первичной атаки через 14-30 дней возобновились пароксизмы (ранние рецидивы), причинами которого были у большинства больных неполноценное этиотропное лечение или наличие резистентности возбудителя к используемым химиопрепаратам, что создало условия для сохранения эритроцитарных стадий паразитов.

Рецидивирующее течение тропической малярии у детей школьного возраста характеризовалось острым началом, полиморфизмом клинических проявлений, непродолжительной и невысокой лихорадкой и меньшей паразитемией. Гепатоспленомегалия регистрировалась с первых дней рецидива. В периферической крови выявлялись трофозоиты и гаметоциты. По течению рецидив напоминает лёгкую форму тропической малярии.

Тропическая малярия осложнилась у 1 больного инфекционно-токсическим шоком, у другого – малярийной комой.

Таким образом, тропическая малярия у детей в целом характеризовалась острым началом, полиморфизмом клинических проявлений, преимущественно неправильной лихорадкой, гепатолиенальным синдромом, довольно выраженной анемией периферической крови.

Уровень паразитемии коррелировал со степенью тяжести тропической малярии.

Отмечалась достаточно высокая частота рецидивирующего течения (8,3%) тропической малярии. Рецидивы возникали через 2-6 недель после основной волны болезни и протекали в лёгкой форме.

Осложнения регистрировались у 2,26% больных. Летальный исход зарегистрирован у 1

больного раннего возраста при позднем обращении за медицинской помощью.

Кроме того, тропическая малярия у детей характеризовалась преимущественно доброкачественным течением, с преобладанием лёгких и среднетяжёлых форм.

Чем младше был ребёнок, тем чаще наблюдались отклонения от классической клинической симптоматики и течения болезни. У грудных детей малярия имела ряд выраженных особенностей и характеризовалась атипичностью приступов.

Клиника малярии у детей старшего возраста по сравнению со взрослыми не имеет существенных отличий. Терапия практически во всех случаях эффективна, летальных исходов в данной возрастной группе не отмечалось.

В связи с трудностью клинической диагностики тропической малярии и её осложнений у детей, особенно раннего возраста, важное значение приобретает немедленное исследование крови на наличие малярийных плазмодиев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Камардинов Х.К., Алиев С.П. Тропическая малярия в Таджикистане// Душанбе, 2006
2. Кузнецов Р.Л., Кондрашин А.В. Малярия //Женева, 1997
3. Лысенко А.Я., Кондрашин А.В., М.Н.Ежов Маляриология // Копенгаген, 2003
4. Попов А.Ф., Токмалаев А.К., Никифоров Н.Д. Малярия // М., 2004

ХУЛОСА

Хусусиятҳои синну солии вараҷаи гармсери дар кӯдакон

Н.М. Хоҷаева, Н.А. Раҳматов, Г.М. Саидмуродова, М.С. Фузайлова

Дар мақола таҳлили хусусиятҳои саририи вараҷаи (безгаки) гармсери (тропики) дар кӯдакон оварда шудааст. Ҳар як гурӯҳи синну соли ба алоими саририи ба худ хос фарқ мекунад ва ҳар қадар кӯдак хурд бошад, ҳамон андоза зиёдтар инҳироф аз ҷараёни классикии беморӣ мушоҳида карда мешавад.

Дар кӯдакони синнашон хурд, хусусан синни ширмакӣ вараҷа ба набудани аломати маъмултарини сарири – иштидоди вараҷаи тафсир меёбад. Ҳамзамон дар онҳо алоими заҳролудии асаб бартарӣ дошт, ки ташхисоти дифференциалии таъҷилӣ, табобати этиотропӣ ва патогенетикиро талаб менамояд. Мушкилиҳои ташхисоти вараҷаи гармсери дар кӯдакон таҳқиқоти фаврии хунро ба мавҷуд будани паразити касалии вараҷа талаб менамояд.

SUMMARY

AGE PECULIARITIES OF TROPIC MALARIA IN CHILDREN

N.M. Hojaeva, N.A. Rahmatov, G.M. Saidmuradova, M.S. Fuzailova

In the article the analysis of clinic features of tropic malaria in children was made. Each age group has own clinic symptoms, and than child younger than cases of abnormality of classic disease-progress is oftener. In the youngest children, especially in sucklings malaria was absent the most important clinical syndrome – paroxysm, and prevailed neuro-toxicosis that needed differential diagnostics, ethiotropical and pathogenic therapy. Clinic diagnostics of malaria in children needs analysis of the blood on malaria plasmodia.

